سلسلۂ نصابات علمیہ جامعۂ عثمانیہ

ٹیلرز پریکٹس آف میڈیسن

عمل طب

مرتبۂ

ای - پی - پوئن، ایم - اے، ایم - ڈی (آکسن)، ایف - آر - سی - پی (لنڈن)

بمعاونت

سی - پی سیمنڈز، ایچ - ڈبلیو بار بر، آر - ڈی گلیسپی، این - ایچ فیئر لے، ڈبلیو - ایم - مالیسن

مترجمۂ

ڈاکٹر محمد عثمان خانصاحب ایل - ایم اینڈ ایس (بمبئی) رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ

جلد دوم

بہ نظر ثانی و ترمیم مطابق طبع پانزدہم ۱۹۳۶ء

ڈاکٹر ی - ا - محمد حسین صاحب ایم - بی - بی ایس رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ

سنہ ۱۳۶۰ھ مطابق سنہ ۱۳۵۰ف مطابق سنہ ۱۹۴۱ء

دار الطبع جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی حیدرآباد دکن

سلسلۂ مطبوعات جامعۂ عثمانیہ

ٹیلرز پریکٹس آف میڈیسن

یعنی

عمل طب

مؤلفہ

ای۔ پی۔ پولٹن، ایم۔ اے، ایم۔ ڈی (آکسن)، ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لنڈن)

بمعاونت

سی۔ پی۔ سیمنڈز، ایچ۔ ڈبلیو۔ باربر، آر۔ ڈی گلیسپی، این۔ ایچ فیرلے، ڈبلیو۔ ایم۔ مالیسن

مترجمہ

ڈاکٹر محمد عثمان خانصاحب، ایل۔ ایم اینڈ ایس (بمبئی)، رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ

جلد دوم

بہ نظر ثانی و ترمیم مطابق طبع پانزدہم سنہ ۱۹۳۶ء

ڈاکٹر سی۔ ا۔ محمد حسین صاحب ایم۔ بی۔ بی ایس، رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ

سنہ ۱۳۶۰ھ — سنہ ۱۳۵۰ف — سنہ ۱۹۴۱ء

دار الطبع جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی حیدرآباد دکن

یہ کتاب جے اینڈ اے۔ چرچل لمیٹڈ لندن کی اجازت سے
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں ترجمہ
کرکے طبع و شائع کی گئی ہے۔

فہرستِ مضامین

صفحہ

امراض اعضائے ہضم ۴۷۶ تا ۷۱۴

بسم اللہ الرحمٰن الرحیم

THE PRACTICE OF MEDICINE

عملِ طب

جلدِ دوم

امراضِ اعضائے تنفس

امتحانِ سینہ

معائنہ (inspection) ۔سینہ کو سامنے، پیچھے، اور اوپر سے دیکھنے پر بعض غیر طبعی امور مثلاً مختلف قسم کے جلدی ثوراثات (eruptions)، دبیلہ (empyema) کے پرانے عملیات کے ندبات (scars) یا بندوق کے زخموں کے ندبات، اور وریدوں کی کلانی دیکھے جاسکتے ہیں، اسی طرح سینہ کی شکل و حرکات میں کوئی تغیّر موجود ہو تو وہ بھی شناخت کیا جاسکتا ہے ۔ وریدوں کی کلانی کے متعلق یہ ضروری ہے کہ پھولی ہوئی وریدوں کے، اور اُن وریدوں کے درمیان جو معمول کے نسبت زیادہ اوپری واقع ہوں، امتیاز کیا جائے، کیونکہ اول الذکر اور وہ اجوف

(venæ cavæ) کے داخلی تسدد (obstruction) پر دلالت کرتی ہیں، اور آخر الذکر کوئی امراضیاتی اہمیت نہیں رکھتیں۔ ایک تندرست بالغ کے سینہ میں جن اُمور کو دیکھنا چاہیئے وہ حسب ذیل ہیں: سینہ کی شکل کسی قدر چپٹی بیضوی ہوتی ہے، یعنے اُس کا پیش پسی (antero-posterior) قطر عرضی قطر کے نسبت بہت کم ہوتا ہے۔ سینہ کی زیادہ چوڑائی، اُس کے زیرین حصے میں ہوتی ہے۔ ترقوی ہڈیاں (clavicles) محض خفیف طور پر اُبھری ہوئی ہوتی ہیں، اور ان کے اوپر محض خفیف سا نشیب اور نیچے شاذ ہی کوئی نشیب ہوتا ہے۔ تقطنی کا محل وقوع چوتھی پسلی پر یا اس کے بالائی یا زیریں کنارے پر ہوتا ہے۔ زاویہ (شراسیفی زاویہ :epigastric angle) ۹۵ تا ۱۰۵ درجہ کا ہوتا ہے۔ اس کا راس غضروف سیفی (ensiform cartilage) کے مقام پر ہوتا ہے اور اُس کے ہر جانب ساتویں اور آٹھویں ضلعی کریاں ہوتی ہیں۔ عظم الکتف (scapula) صدر کے پچھلے حصے سے قریبی طور پر متوافق ہوتا ہے، اور شوکہ سیدھا ہوتا ہے۔ شہیق (inspiration) یعنے سانس اندر لینے میں، سینہ کا محیط ۲ تا ۳ انچ پھیلنا چاہیئے، دونوں جانبوں کی حرکت متشاکل (symmetrical) ہونی چاہیئے، شراسیفی زاویہ چوڑا ہو جانا چاہیئے، اور قص (sternum) کو آگے بڑھ آنا، اور نیچے کی پسلیوں کو اوپر اٹھ جانا چاہیئے۔ گہری سانس لینے پر زیرترین بین ضلعی فضاؤں کو اپنی جگہ سے محض ذرا ہی پیچھے ہٹنا چاہیئے۔

معائنہ کے ذریعہ سینہ کی شکل کی غیر طبعی حالتیں نوٹ کی جاتی ہیں، اور یہ اسباب ذیل کا نتیجہ ہو سکتی ہیں:۔ (الف) امراض ششں۔ تفاخ (emphysema) میں سینہ معمول سے زیادہ کشادہ، اور شراسیفی زاویہ نسبتہً زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ پھیپھڑے کی لیفیت (fibrosis) میں جیسی کہ سل ریوی (phthisis) میں ہوتی ہے، مقامی انقباض کی وجہ سے جو کہ عموماً ایک یا دوسرے راس پر واقع ہوتا ہے، سینہ غیر متشاکل ہو جاتا ہے۔ (ب) ایسے امراض عظام جیسے کہ وہ تشوہات (deformities) جو کساحتہ (rickets) اور شوکہ کے زاویتی اور جانبی انحناؤں کے باعث ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ سینہ غیر متشاکل ہو جائے، یا غیر طبعی شکل کا ہونے کے باوجود بدستور دوجانبی تشاکل ظاہر کرے۔ بالعموم شعبی التہاب (bronchitis) اور شعبی ذات الریہ

(broncho-pneumonia) بھی اُن تشوہات کے پیدا کرنے میں حصہ لیتے ہیں جو کہ کساحۃ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ (ج) ممکن ہے کہ نوعمر موضوعوں میں قلب کی بیش پرورش (hypertrophy) بائیں پہلو میں دیوار سینہ کا ایک مقامی اُبھار پیدا کر دے۔

سینہ کا محیط ایک فیتہ کے ناپ سے، اور عرضی اور پیش پسی قطر ایک قطر پیما (callipers) کے ذریعہ حاصل ہوتا ہے۔ سینہ کی شکل ایک انحناء پیما (cyrtometer) سے حاصل ہو سکتی ہے، جو نرم دھات کے دو لمبے ٹکڑوں پر مشتمل ہوتا ہے، اور جس میں ان ٹکڑوں کے ایک طرف کے سرے باہم ڈھیلے جڑے ہوئے ہوتے ہیں۔

معائنہ سے ہم، صدر کی شکل اور تشاکل کی تبدیلیوں کے علاوہ، حرکات تنفس کی نوعیت بھی نوٹ کر سکتے ہیں۔ تنفس کا طبعی تواتر بالغوں میں فی منٹ تقریباً پندرہ تا اٹھارہ ہوتا ہے۔ بچوں میں یہ نسبتاً بہت زیادہ تیز ہوتا ہے۔ یہ تواتر تیس یا زائد ہو سکتا ہے اور عمر کے ساتھ بدلتا ہے۔ ریوی یا دوسرے مبداء کے مرض کی مختلف قسموں میں حرکات تنفس معمول کی نسبت سست یا زیادہ تیز، غیر عمیق یا عمیق تر، کمزور یا قوی تر ہو سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ وہ غیر منتظم یا بیقاعدہ ہوں۔ بُھر (dyspnœa) ایک سریریاتی اصطلاح ہے، جو "پھولی ہوئی سانس" (shortness of breath) کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، اور یہ مریض کا اپنا احساس ہے کہ مزید تنفسی کوشش کی ضرورت ہے۔ (الف) تنفسی شرح کی زیادتی (سُرعتِ تنفس: polypnœa)، (ب) تنفسی ضخامت کی زیادتی (بیش تنفس (hyperpnœa)، (ج) پھیپھڑوں کے اندر اور باہر ہوا کے جانے آنے میں رکاوٹ (انسدادی بُھر :obstructive dyspnœa) موجود ہو سکتی ہے۔ آخر الذکر صورت میں یہ دقت یا تو دورانِ شہیق (inspiration) میں (شہیقی بُھر inspiratory dyspnœa:)، یا دوران زفیر (expiration) میں (زفیری بُھر expiratory dyspnœa:) نہایت نمایاں ہو سکتی ہے۔ اگر مریض کو زیادہ سہولت کے ساتھ سانس لینے کے لئے مجبوراً بیٹھنا پڑے، جیسا کہ بہت سی ریوی اور قلبی امراض کی صورت میں ہوتا ہے، تو اس حالت کو انتصابی تنفس (orthopnœa) کہتے ہیں۔ بطءِ تنفس (bradypnœa) یا تنفسی شرح کی تخفیف، جس کے ساتھ

121

بلند جزری ہوا پائی جاتی ہے، طبعی حالت میں نیز التہابِ دماغ (encephalitis) کے بعد ہونا بیان کی جاتی ہے (1)۔

یہ دیکھنا بھی اہم ہے کہ آیا تنفس کا عمل زیادہ تر سینہ کے بالائی حصے سے انجام کو پہنچتا ہے جیسا کہ عورتوں میں عام ہوتا ہے، یا زیریں حصے سے، جو مردوں کی ممتاز خصوصیت ہوتی ہے۔ اب معائنہ میں شکمی دیواروں پر بھی نظر ڈالنی چاہیے، جن سے گویا حجابِ حاجز کا فعل ظاہر ہوتا ہے، یعنی جب حجابِ حاجز منقبض ہوتا ہے تو شکمی دیواریں آگے کو بڑھ آتی ہیں اور جب وہ مُرتخی (relaxed) ہوتا ہے تو شکمی دیواریں پیچھے کو ہٹ جاتی ہیں۔ سینہ کے ایک حصے کا غیر متناسب استعمال اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ اس کے دوسرے حصّے میں مرض ہے۔ معائنہ، سکون سے سانس لینے میں، اور مریض کے زور سے اندر سانس لینے (تشہیق :inspiration) میں دونوں حالتوں میں کرنا چاہیے۔

چین اِسٹوکس تنفس (Cheyne-Stokes respiration)۔ اس قسم کی سانس کی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں تنفس کی زیادتی (بیش تنفس :hyperpnoea) اور تنفسی حرکات کی غیر موجودگی (عدم تنفس :apnoea) کے

شکل ۸۔ چین اسٹوکس تنفس۔ اِس منحنی (curve) کو بائیں طرف سے دائیں طرف پڑھنا چاہیے، اور وقت کا اندراج نیچے ثانیوں (seconds) کے نشانات سے کیا گیا ہے۔ عدمِ تنفس کے عرصے میں جو چھوٹے چھوٹے تموجات درج ہیں وہ قلب کی ضربات کی وجہ سے ہیں۔

متبادل عرصے ہوتے ہیں۔ بیش تنفسی عرصے تنفسی ضخامتوں (respiratory volumes) کا تدریجی چڑھاؤ اُتار ظاہر کرتے ہیں، جیسا کہ شکل ۸ میں بتلایا گیا ہے۔ ایک دوریہ

(cycle) کی پوری مدت بیس تا ساٹھ سیکنڈ ہو سکتی ہے، اور اس میں تنفسات کی تعداد پانچ سے لیکر ساٹھ تک مختلف ہوتی ہے۔ تنفس کی زیادتی کے عرصہ کے وسط میں تنفس کی شرح فی منٹ پچاس یا ساٹھ تک تیز ہو سکتی ہے۔ چین اسٹوکس تنفس غالباً تنفسی مرکز کی تحریک پذیری (excitability) کے تغیرات کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے اور اس سے عموماً آکسیجن کی کمی ظاہر ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ دماغی شرائین کے قطر یہ (calibre) کے تغیرات اس کا سبب ہوں اور نخاع مستطیل (medulla) کی شریانوں کا نوبتی انقباض (periodic contraction)، نوبتی عدم تنفس (periodic apnœa) پیدا کر دیتا ہو (2)۔ چین اسٹوکس تنفس کبھی کبھی طبعی اشخاص میں سونے کی حالت میں موجود ہوتا ہے اور مرتفع اور بلند مقامات پر بہت عام طور پر واقع ہو جاتا ہے۔ کثیر التعداد امراضیاتی حالتوں میں وہ اکثر موت سے چند گھنٹے پہلے واقع ہوتا ہے۔ اس کے برعکس اُن ضعیف العمر اشخاص میں جو عضلۂ قلب کے انحطاط (myocardial degeneration) اور شریانی مرض میں مبتلا ہوں چین اسٹوکس تنفس کا مہینوں جاری رہنا معلوم ہوا ہے۔ بیش تنفسی عرصہ کا اثر یہ ہوتا ہے کہ وہ خون سے CO_2 کو دھو کر خارج کر دیتا ہے لہذا اب تنفسی مرکز متہیج نہیں ہوتا اور سانس موقوف ہو جاتی ہے۔ وقفہ کے دوران میں CO_2 بتدریج مجتمع ہو جاتی ہے اور جو فیسروں (alveoli) میں کی آکسیجن خرچ ہوتی رہتی ہے۔ اس کے بعد جب آکسیجن کی احتیاج ناگہانی طور پر محسوس ہوتی ہے تو سانس پھر شروع ہو جاتی ہے۔ بیش تنفس (hyperpnœa) کے دوران میں پھیپھڑوں میں آکسیجن بسرعت زیادہ ہو جاتی ہے۔ لیکن چونکہ مرکز تنفس ضرورت سے زائد متہیج ہو جاتا ہے لہذا CO_2 دھلکر خارج ہو جاتی ہے اور آکسیجن کی احتیاج سردست موجود نہیں رہتی۔ اس طرح چین اسٹوکس تنفس کا انحصار دو جداگانہ عاملوں کی موجودگی پر ہوتا ہے، جو مرکز تنفس کو متہیج کرتے ہیں۔ یہ عامل یہ ہیں: آکسیجن کی احتیاج، اور کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2)(Pembrey and Allen)۔ چین اسٹوکس تنفس کو ایک انجن کے "حاکم کی جوہیندگی" ("hunting of the governor") سے تشبیہ دیجا سکتی ہے جو اُڑ پہیئے (flywheel) کی غیر موجودگی میں واقع ہوتی ہے۔ تنفس کے ان تغیرات کے ساتھ دوسرے مظاہر بھی ہو سکتے ہیں۔ عدم تنفس (apnœa) کے اختتام پر آکسیجن کی

احتیاج کے زمانہ میں، مریض پر غنودگی طاری ہو جاتی ہے، وہ غافل اور بے پروا ہو جاتا ہے، اور اس کا چہرہ کبود (livid) ہو جاتا ہے۔ اس طرح ممکن ہے کہ بیش تنفسی عرصے کے آخری حصے میں مریض متہیج (excited) ہو جائے۔ بیش تنفس (hyperpnœa) میں ممکن ہے کہ پتلیاں متسع ہو جائیں اور عدم تنفس (apnœa) میں پھر سکڑ جائیں۔ نبض اکثر شاذ ہی متاثر ہوتی ہے، لیکن سر ایف ٹیلر (sir F. Taylor) نے مشاہدہ کیا کہ وہ بیش تنفس کے ابتدائی اور درمیانی زمانوں میں تیس سیکنڈ کے لئے بالکل موقوف ہو گئی۔

122

تنفسِ بیو (Biot's respiration) میں، جو عام ترین طور پر التہاب سحایا (meningitis) میں دیکھا جاتا ہے، کئی سیکنڈ (تیس یا زائد سیکنڈ تک) کے وقفے کم و بیش نوبتی طور پر واقع ہوتے ہیں، لیکن تنفسات کا چڑھاؤ اُتار نہیں ہوتا۔

رانجنی شعاعیں (Rôntgen rays)۔ یہ طریقہ تحقیق سینہ کے مرض کی حقیقت شناخت کرنے یا اس کی وسعت اور جائے وقوع کا اندازہ کرنے کیلئے نہایت منفعت بخش ہے۔ حجاب حاجز کی وضع اور حرکت، اور ریوی تجمد (pulmonary consolidation)، درنہ (tubercle)، نوبالیدون اور مائع انصبابات (liquid effusions) کی موجودگی کی شناخت، پردہ پر نظر آنے والے سایہ سے کیجا سکتی ہے، اور ان کی عکسی تصویریں لیجا سکتی ہیں۔ مریض کے امتحان کا بہترین طریقہ عموماً یہ ہے کہ اُسے اُفقی وضع میں دیکھنے کی بجائے انتصابی وضع میں دیکھا جائے۔

جسّ (palpation)۔ اس سے یہ مراد ہے کہ سینہ کے حرکات کے امتحان کے لئے یا اُس کی دیواروں کے اُن ارتعاشات (vibrations) کے مطالعہ کیلئے جو آواز یا دوسرے سبب سے پیدا ہو جاتے ہیں، سینہ کی سطح پر ہاتھ رکھا جائے۔ اول الذکر مقصد کے لئے ایک ہی وقت میں ایک ایک ہاتھ سینہ کی ہر جانب پر ترقوی ہڈی (clavicle) کے نیچے، یا زیر کتفی (infra-scapular) خطے، یا زیر بغلی (infra-axillary) خطے پر رکھا جاتا ہے، جس سے حرکت کی مطلق اور اضافی مقداریں کسیقدر صحت کے ساتھ معلوم کی جا سکتی ہیں۔ آخر الذکر مقصد کے لئے ہاتھ سینہ پر چپٹا رکھدیا جاتا ہے اور مریض بلند آواز سے بولتا ہے۔ بہترین طریقہ یہ ہے کہ دونوں ہاتھوں کو

بیک وقت سینہ کی ہر جانب پر متشاکل (symmetrical) وضعوں میں رکھا جائے۔ ہاتھوں کی ظہری (dorsal) سطحیں اور راحی (palmar) سطحیں دونوں استعمال کیجاتی ہیں (Jex-Blake)۔ حالت صحت میں دیوار سینہ میں ایسے ارتعاشات ہوتے ہیں جو اُس پر رکھے ہوئے ہاتھ کو صاف طور پر محسوس ہوتے ہیں [لمسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) یا لمسی ارتعاش (tactile vibration)]۔ اس کے لئے ضروری ہے کہ احبالِ صوت (vocal cords) کا ارتعاش طبعی ہو اور پھیپھڑوں کی ایصالی قوت (conductivity) طبعی ہو اور اُس کے ساتھ ہی شعبی انبوبات (bronchial tubes) مفتوح ہوں اور شُش کی بافت اسفنجی ہو۔ ارتعاش کی مقدار تندرست اشخاص میں مختلف ہوتی ہے۔ بالغ مردوں میں جن کی آواز گہری اور گونجنے والی ہو سب سے زیادہ ارتعاش پایا جاتا ہے۔ عورتوں اور بچوں میں یہ ارتعاش قلیل ترین یا غیر موجود ہوتا ہے۔ ارتعاش مرض کی حالت میں ہر ایسی چیز سے کم یا نابود ہوجاتا ہے جو شعبی انبوبات میں رکاوٹ پیدا کردے یا پھیپھڑوں کو پچکا کر اُنکی اسفنجی بافت کو ٹھوس بنادے، مثلاً پلیورائی کہفہ کے اندر مائع (liquid) یا ہوا کی موجودگی (استرواح الصدر :pneumothorax)۔ جب شُش کی بافت کے تجمّد (consolidation) کے ساتھ شعبی انبوبات کی مفتوح حالت (patency) ہو تو ارتعاش زیادہ ہوجاتا ہے۔ ذات الریہ (pneumonia) میں جب چھوٹے انبوبات افراز سے بھرے ہوئے ہوں تو ارتعاش کم یا غیر موجود ہوتا ہے، لیکن اگر انبوبات کھانسنے سے صاف ہوگئے ہوں تو وہ زیادہ ہوجاتا ہے۔

جَسّ (palpation) سے پلیورائی فرک (pleural friction) کے ارتعاشات شعبی تنگی کے ارتعاشات (خرخرات :rhonchi)، اور کہفوں میں پیدا ہونے والی بعض آوازوں کے ارتعاشات بھی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ تناظر آوازوں کا تذکرہ اِستماع (auscultation) کے بیان میں درج کیا گیا ہے۔

قَرع (percussion)۔ قرع یعنے ٹھپکنے یا ٹھونکنے سے جسم کے کسی بھی حصے سے آواز پیدا کیجا سکتی ہے۔ مثلاً ران سے ایک بالکل اصم آواز (absolutely dull sound) نکلتی ہے، جو محض ایک شور (noise) ہوتی ہے، جس میں صرف

دو صفات ہوتے ہیں یعنے بلندی (loudness) اور مُدّت (duration)۔
جب سینہ یا شکم کو (جو ہوادار کہفے ہیں) ٹھوکا جاتا ہے، تو اُن کی آواز ایک حد تک تو ایک شور (noise) ہوتی ہے، اور ایک حد تک ایک موسیقی سرتی (musical tone)۔ کسی ساخت میں ایسی موسیقی سرتی جس حد تک موجود ہو اُسی حد تک اُس ساخت کو گمک دار (resonant) کہتے ہیں۔ گمک (resonance) کا انحصار امورِ ذیل پر ہوتا ہے :۔ (۱) ایک کہفہ جس میں ہوا مُرتعش ہو سکے (۲) دیواریں جو کافی طور پر لچکدار ہوں، اور ایسا صحیح تناؤ (tension) رکھتی ہوں کہ ہوا کے ساتھ ہم آہنگ ہو کر مرتعش ہو سکیں، نیز آواز کو باہر کی طرف ایصال کرنے کی صلاحیت رکھتی ہوں۔ دیوار کا تناؤ گمک پر جو اثر رکھتا ہے اُسے ہوا سے پُھلائے ہوئے گال کو اُنگلی کے ناخن سے تھپ تھپا کر اور گال کے عضلات کے انقباض کو بدل بدل کر بآسانی بتلایا جا سکتا ہے۔ سرتی (tone) ارتعاشات کے ایک باقاعدہ سلسلے سے پیدا ہوتی ہے۔ اُس کا ارتفاع (pitch) ارتعاشات کی فی ثانیہ تعداد پر منحصر ہوتا ہے۔ اُس کی صفت (quality) کا انحصار بلند نغمات (harmonics) یا اونچی سرتیوں (overtones) کی اُس تعداد پر ہوتا ہے جو بنیادی سُر (fundamental note) کے ساتھ موجود ہوں۔ شورِ محض (mere noise) کی طرح سُرتی (tone) میں بھی بلندی (loudness) اور مُدت (duration) موجود ہوتی ہے۔ لیکن اگر قرع (percussion) کی طاقت مساوی ہو تو محض شور کے مقابلہ میں سُرتی کی بلندی اور اُس کی مُدت زیادہ ہوتی ہے۔

قرع کی سب سے زیادہ سُریلی اور موسیقی آوازوں (musical sounds) کو طبلی (tympanitic) کہتے ہیں۔ ایسی آوازیں شکم سے اور ایک استرواح الصدر والے سینہ سے حاصل ہوتی ہیں۔ ان حالتوں میں ارتفاع (pitch) اونچی ہوتا ہے، کیونکہ شکم اور سینہ بڑے کہفے ہیں۔ قصبۃ الریہ (trachea) سے بھی ایک طبلی آواز حاصل ہوتی ہے لیکن اُس کا ارتفاع نسبتۃً اعلیٰ ہوتا ہے۔ طبعی سینہ کا قرع کرنے سے شُش کی طبعی گمک (normal lung resonance) حاصل ہوتی ہے، جس میں موسیقیت کا عنصر بہ نسبت اُس کے جو طبلیت (tympany) میں ہوتا ہے

کم نمایاں ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جوفیزوں کی لچکدار دیواریں دیوار سینہ کے ساتھ مرتعش نہیں ہوتیں۔ ارتفاع (pitch) ادنیٰ ہوتا ہے یعنے فی سیکنڈ ۷۰ تا ۱۲۰ ارتعاشات (Müller)۔ اگر جوفیزی دیواریں ڈھیلی ہوں، اس صورت میں جب کہ کہفۂ پلیورا کے اندر سیال مجتمع ہو رہا ہے، تو قرع کی آواز طبلی ہو جاتی ہے۔ اِس کو اِسکوڈائی گمک (Skodaic resonance) کہتے ہیں۔ اگر سیال نسبتہً زیادہ مقدار میں موجود ہے اور اس نے شُش کو بچکا کر اُس کے اندر کی ہوا کو باہر نکال دیا ہے تو قرع کی آواز بالکل اصم (completely dull) ہو جائے گی لیکن ممکن ہے کہ اصم رقبہ (dull area) سے آگے جہاں شُش صرف ڈھیلا پڑ گیا ہے طبلی آواز موجود ہو اور پھر اس سے بھی آگے کو شُش کی طبعی گمک ہو۔ سیال خود آواز کا اچھا موصل ہوتا ہے، جیسا کہ ہر وہ شخص جو ایک حمام میں لیٹ کر اور اپنے کانوں کو پانی میں ڈوبا ہوا رکھکر یا نی کا نل کھلا رکھے، خود پر تجربہ کر کے دیکھ سکتا ہے۔ گمک اس وجہ سے غائب ہو جاتی ہے کہ (۱) جب زیادہ سیال موجود ہوتا ہے تو شُش پچک جاتا ہے۔ (۲) اگر اب بھی شُش میں کچھ ہوا موجود رہے تو سیال میں آواز کی منتقلی ناقص ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 125)۔

بلیش گمک (hyper-resonance) یعنے گمک کی زیادتی اُس درجہ کو ظاہر کرتی ہے جو شُش کی طبعی گمک اور طبلیت کے درمیان ہوتا ہے۔ خِفّتِ گمک (impairment of resonance) یعنی گمک کی کمی اُس درجہ کو ظاہر کرتی ہے جو شُش کی طبعی گمک اور قطعی اصمیت (absolute dulness) کے درمیان ہو۔ بیش گمکی یا طبلی سر (hyper-resonant or tympanic note) مرضِ نفّاخ (emphysema) میں پایا جاتا ہے اُس مقام پر جہاں جوفیزی دیواریں بڑی حد تک تلف ہو جاتی ہیں، اسی طرح یہ نہایت بڑے کہفوں پر بھی ملتا ہے، جیسے کہ سِل ریوی (phthisis) میں شُش کے تجمّد (solidification) یا پچکاؤ (compression) سے اور پلیورا کی دبازت سے گمک کم ہو جاتی ہے۔ شُش کے چھوٹے کہفوں پر ایک اصم قرعی سر حاصل ہوتا ہے، کیونکہ ان کے ساتھ لیفیت (fibrosis) بھی موجود ہوتی ہے۔ ریوی گمک کا انحصار دیوار سینہ کی دبازت پر بھی ہوتا ہے۔ دُبلے

اشخاص کی نسبت عضلی نشو و نما والے اشخاص میں اور سینہ کے اگلے حصّے کی نسبت سینہ کی پشت سے نسبتہً زیادہ اصم ثمر حاصل ہوتا ہے۔

بلا واسطہ قرع (immediate percussion) کی مشق ترقوی ہڈیوں پر راست قرع کرکے کی جاتی ہے۔ بالواسطہ قرع (mediate percussion) بقیہ سینہ کے لئے اس طرح کیا جاتا ہے کہ بائیں ہاتھ کی دوسری انگلی کو ایک بین الاضلاع فضا کے طول میں رکھ کر اُس کے بعدی بین السلامیاتی مفصل (distal interphalangeal joint) کی ظہری سطح پر دائیں ہاتھ کی دوسری انگلی کی نوک سے ٹھوکا جاتا ہے۔ سینہ کی دونوں جانبوں کے متناظر نقطوں کا باہم مقابلہ کرنا بھی ضروری اور اہم ہے۔ انگلیوں کو اس طریقہ پر استعمال کرنے سے مزاحمت (resistance) کا کچھ اندازہ ہوسکتا ہے۔ جہاں ایک گمکی ثمر حاصل ہوتا ہے وہاں سینہ پر رکھی ہوئی انگلی کی وساطت سے لچک (resilience) کا احساس محسوس ہوتا ہے۔ جب آواز اصم ہو تو دیوارِ سینہ بے لچک (unyielding) اور جامد معلوم ہوتی ہے۔

یہاں قرعی آوازوں کی دو قسموں کا تذکرہ کرنا بھی ضروری ہے:۔

(۱) صوتِ ظرفِ شکستہ (cracked pot sound) جو کبھی کبھی اُس کہفہ پر سُنائی دیتی ہے جو ایک شعبت (bronchus) سے ملحق ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 168)۔

(۲) قلاری گمک (amphoric resonance) یا فلزی جھنکار (metallic ring) جو بعض اوقات ایک ہوا سے بھرے ہوئے بڑے کہفہ پر قرع کرنے سے سنائی دیتی ہے اور حرفِ نحاسی (bruit d'airain) سے بہت مشابہ ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں صفحات 127، 191)۔ قرع کو سب سے پہلے آوین برگر (Auenbrugger) نے ۱۷۶۱ء میں بیان کیا (3)، اور اُس نے وہ مختلف امراضیاتی حالتیں بھی بیان کیں جو قرع کی آواز کی تبدیلیوں کے ساتھ پائی جاتی ہیں۔

استماع (auscultation)۔ یہ احشاء (viscera) یا جسم کے دوسرے حصوں کا مطالعہ ہے جو اُن کے اندر پیدا شدہ آوازوں کو سُن کر کیا جاتا ہے۔ یہ بلا واسطہ (immediate) ہوسکتا ہے، اُس وقت جب کہ برہنہ سینہ پر یا

صرف ایک تولیہ یا رومال کو حائل رکھ کر مریض کے سینہ سے خود کان کو لگا دیا جاتا ہے۔
یا بالواسطہ (mediate) جب کہ ایک موصل صوت آلہ (sound conducting instrument) مریض کے سینہ اور سامع کے کان کے درمیان ربط پیدا کرتا ہے۔
زیادہ عام طور پر جو آلات استعمال میں لائے جاتے ہیں وہ یہ ہیں :- (۱) دو گوشی مسماع الصدر (binaural stethoscope)، (۲) سیدھا چوبی یا فلزی مسماع الصدر جو تقریباً ۶ انچ لمبا ہوتا ہے اور (۳) صوتی دروں بین (phonendoscope) جس کے اندر آوازوں میں گمک پیدا ہو جاتی ہے۔
پہلے اور تیسرے آلے میں یہ فائدہ ہے کہ وہ دونوں خم پذیر ہوتے ہیں، اور مریض کی ہر وضع میں استعمال کئے جا سکتے ہیں۔ استماع اور اس کے طبی فوائد کو سب سے پہلے لائینک (Laennec) نے بیان کیا۔ اس نے اپنے مشاہدات کو ۱۸۱۹ء میں دو جلدوں میں جمع کر کے مندرجہ ذیل نام سے موسوم کیا "De l'Auscultation Médiate ou Traité du Diagnostic des Maladies des Poumons et du Coeur fondé principalement sur ce nouveau moyen d' exploration," اور یہ پیرس میں طبع ہوئیں۔ بالواسطہ استماع کے انکشاف کو اس نے اپنے الفاظ میں یوں بیان کیا ہے (8):

"۱۸۱۶ء میں مجھ سے ایک نوجوان عورت نے مشورہ چاہا۔ مریضہ میں قلب کے مرض کے عام علامات نظر آتے تھے۔ ... مریضہ کی عمر اور صنف کی وجہ سے مجھے اس کا موقع نہیں تھا کہ میں مندرجہ بالا طریقہ سے (یعنی سینہ پر براہ راست کان لگا کر) اس کا امتحان کر سکوں۔ حسن اتفاق سے مجھے ایک مشہور سمعی مظہر (acoustic phenomenon) یاد آیا: یعنے یہ کہ اگر ہم ایک چوبی شہتیر کے ایک سرے پر اپنا کان رکھ دیں تو شہتیر کے دوسرے سرے پر ایک الپین سے کھرچنے کی آواز ہمیں نہایت صاف طور پر سنائی دیتی ہے .... چنانچہ میں نے کاغذ کا ایک مٹھا لیا اور اسے لپیٹ کر خوب سخت بنا لیا، اور اس کا ایک سرا مریضہ کے پیش قلبی خطے (præcardial region) پر رکھ کر دوسرے سرے پر اپنا کان رکھا۔ مجھے تعجب ہوا اور خوشی بھی جب کہ میں نے یہ دیکھا کہ میں مریضہ کی ضربات قلب کو

اس قدر صاف اور واضح طور پر سُن سکتا ہوں کہ میں نے پہلے کبھی اپنا کان براہِ راست لگانے پر بھی اس صفائی اور وضاحت کے ساتھ نہ سنا تھا۔"

اگر تندرست شُش کا استماع کیا جائے تو ہم ہر تنفس کے ساتھ ہر جگہ ایک آواز سنیں گے جسے طبعی صوتِ تنفس (normal breath sound) یا حویصلی خریر (vesicular murmur) کہتے ہیں۔ اس کی نقل یوں اُتاری جا سکتی ہے کہ ہونٹوں کو جرمن حرف ڈبلیو (German "w") یا انگریزی مجہول "وی" (English soft "v") کا تلفظ ادا کرنے کی وضع میں رکھا جائے اور ہلکے سے پھونک ماری جائے۔ اس آواز کا ارتفاع ادنیٰ (low pitch) ہوتا ہے اور اس میں ۷۵ تا ۹۰ ارتعاشات (vibrations) ہوتے ہیں (Müller)۔ حویصلی خریر شہیق (inspiration) کے دوران میں سنائی دیتا ہے۔ لیکن زفیری فعل (expiratory act) یا تو بالکل خاموشی کے ساتھ ہوتا ہے، یا ایک مماثل آواز کے ساتھ ہوتا ہے، جو نسبتہً زیادہ نرم اور مختصر (softer & shorter) ہوتی ہے، اور زفیر کے اوائل تک محدود ہوتی ہے۔

تنفس کی آوازوں کی پیدائش کی توضیح میں صفحہ 219 پر بیان کیا گیا ہے کہ یہ آوازیں اس وقت جب کہ ہوا ایک تنگ سوراخ سے کسی نسبتہً چوڑی فضا میں جاتی ہے، ایک "منجد حار" (inspiration) بن جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ دورانِ شہیق (inspiration) میں تنفس کی آواز (۱) مزمار (glottis) کے مقام پر پیدا ہوتی ہے اور (۲) محیط کے مقام پر اس وقت پیدا ہوتی ہے جب کہ ہوا تنفسی شعیبات (respiratory bronchioles) میں سے نکل کر اور جوفیزی قناتوں اور اذینوں (atria) میں سے ہوتی ہوئی، ہوائی تھیلیوں (air-sacs) کے اندر جاتی ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۹)۔ جب آواز کسی ایسے منبع سے نکلتی ہو جو کہ یکساں واسطہ میں ہو تو وہ عموماً چاروں طرف منتشر ہو جاتی ہے اور اس کی شدت فاصلہ کے مربع کے متناسب گھٹ جاتی ہے۔ لیکن جب آواز مزمار میں پیدا ہوتی ہے جو کہ ایک نلی میں واقع ہے، تو اس کا انتشار رک جاتا ہے، اور وہ نلی کی دیوار کے اندر سے مسلسل معکوس ہوتی ہوئی، نلی کے راستہ سے نیچے کو ایصال پذیر ہو جاتی ہے جیسا کہ ایک بولنے کی نلی (speaking- tube) میں ہوتا ہے۔ تاہم نیچے جا کر نسبتہً

چھوٹی نالیوں سے کسقدر انتشار گرد و پیش کے شش میں واقع ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مزماری آواز جب سینہ کے باہر سنائی دیتی ہے تو وہ کمزور ہوتی ہے، اگرچہ اسے اس آواز سے جو کہ محیط کی طرف ہوائی نالیوں وغیرہ میں پیدا ہوتی ہے تقویت حاصل ہوتی ہے۔ بولنے کی نلی کا یہی اصول استماع میں سماع الصدر کے استعمال کی بھی توضیح کرتا ہے۔ دوران زفیر (expiration) میں آواز اور بھی زیادہ کمزور ہوتی ہے، کیونکہ وہ خالصاً مزمار کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے اور کیونکہ ایک دوسرا عام قاعدہ یہ بھی ہے کہ آوازیں ہوا کی رَو کی مخالف سمت میں اس آسانی سے ایصال پذیر نہیں ہوتیں کہ جس آسانی کے ساتھ وہ اس کے ساتھ ایصال پذیر ہوتی ہیں۔ سینہ کے بعض حصوں میں، جہاں بڑے بڑے شعبات اور دیوار سینہ کے درمیان اسفنجی بافت کی تہ چنداں دبیز نہیں ہوتی، حویصلی خریر کسی قدر درشت تر آوازوں (harsher sounds) سے

تصویر ۹ ۔ شش کی ساخت، بحوالہ Miller (45)۔ تنفسی شعبیات، جوفیزی قناتیں، اذناقات، اور انتہاؤں پر ہوائی تاجے، ان سب کی دیواروں میں جوفیزوں کا استر ہوتا ہے جس کی راہ سے گیسوں کا تبادلہ ہوتا ہے۔

بدل جاتا ہے، جو ذفیر کے بیشتر حصے میں جاری رہتی ہیں اور شعبی حویصلی تنفس (broncho-vescicular breathing) کہلاتی ہیں۔ یہ حصے یہ ہیں: عظم القص (sternum) کا بالائی سرا، پہلی ضلعی کرّیاں جہاں وہ عظم القص سے اتصال حاصل کرتی ہیں اور پشت پر خط وسطی میں ایک الماسی شکل کی فضا، جس میں ساتواں عنقی (cervical) اور پہلا ظہری شوکہ (dorsal spine) شامل ہیں۔ دوسری جگہ اس وقت تک جب تک کہ شُشش تندرست ہے اور ہوائی راستے نفوذ پذیر ہیں حویصلی خریر ہمیشہ موجود رہتا ہے۔ حویصلی خریر بالغوں کی نسبت بچوں میں زیادہ بلند اور زیادہ درشت (harsher) ہوتا ہے (صبائی تنفس: puerile breathing)۔ بالغوں میں حویصلی تنفس تندرست شُشش پر اس وقت درشت اور مبالغہ آمیز ہوتا ہے جب کہ دوسرا شُشش اپنا فعل انجام نہ دے رہا ہو (تعویضی تنفس: compensatory breathing)۔ تنفس کی آوازیں غیر عمیق تنفس میں، نفاخ میں، اور اس وقت جب کہ دیوار سینہ دبیز ہو، کمزور ہو سکتی ہیں۔ وقفہ دار یا دو ہرمُسنَن تنفس (interrupted or cog-wheel respiration) وہاں ہوتا ہے جہاں شُشش کے غیر منظم طور پر پھیلنے کی وجہ سے، جس کا سبب ممکن ہے کہ ہوا کے داخلہ میں میکانی مزاحمت ہو یا عصبیت (nervousness) کی وجہ سے عضلی فعل کی بے قاعدگی ہو، شہیقی خریر جھٹکے کے ساتھ (jerky) یا تموجی ہوتا ہے۔ اس قسم کا تنفس زیادہ تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔

حویصلی خریر کی کمی، ہوا کے داخلہ میں کمی یا تنفس کی آوازوں کی غیر موجودگی اس وقت پائی جاتی ہے جب کہ ہوائی جوفیزے مطموس (obliterated) ہو جائیں، یا جب ان سے ارتباط رکھنے والا شعبہ (bronchus) مسدود یا مطموس ہو جائے یا جب ہوائی جوفیزے سطح سینہ سے دور ہٹ جائیں جیسا کہ عام طور پر پلیورائی انصباب (pleural effusion) کی حالت میں ہوتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں تنفس کی آواز کی غیر موجودگی کا انحصار اس اصول پر ہوتا ہے کہ جب آواز ایک واسطہ مثلاً ہوا میں سے گزرتی ہوئی کسی دوسرے واسطہ مثلاً پلیورائی انصباب کی حدی سطح پر پہنچتی ہے تو آخر الذکر میں سے اس کی منتقلی ناقص طور پر ہوتی ہے۔ لہٰذا اس کا بیشتر حصہ واپس منعکس ہو جاتا ہے۔ یہ امارت اس وقت بہت بڑی تشخیصی

اہمیت رکھتی ہے جب کہ مقابل شُش کے متناظر نقطے پر تنفسی آوازیں طبعی پائی جائیں۔

شُعبی تنفس (bronchial breathing) ایک دُہری آواز ہے جو دورانِ تنفس میں مزمار میں پیدا ہوتی ہے اور دہن، بلعوم اور شُعبی اُنبوبات کی گمک سے ترمیم یافتہ ہو جاتی ہے۔ ایسا تنفس قصبۃ الریہ (trachea) پر استماع کرنے سے سُنا جا سکتا ہے۔ شہیقی اور زفیری آوازیں طول میں مساوی ہوتی ہیں۔ وہ ایک دوسرے سے صاف طور پر جُدا ہوتی ہیں، اور کیفیت میں درشت (harsh) ہوتی ہیں۔ اُن کی نقل اُتارنے کا یہ طریقہ ہے کہ دہن اور زبان کو جرمن "ch" کا تلفظ ادا کرنے کی وضع میں رکھا جائے اور باہر کو پھونک مار کر اندر کو ہوا چوسی جائے۔ شُش پر جو شُعبی تنفس سُنائی دیتا ہے وہ اعلیٰ ارتفاع کا (high-pitched) اُنبیبی (tubular: یا اوسط ارتفاع کا (medium-pitched) یا ادنیٰ ارتفاع کا (low-pitched) کھفکی (cavernous. ہو سکتا ہے۔ آوازوں کی بلندی (loudness) غیر اہم ہے۔ اُنبیبی تنفس (tubular breathing) جو بالخصوص متکبّد (hepatised) شُش پر سنائی دیتا ہے، ایک خاص پھونک (blowing) یا "کش" (whiffing) کی صفت رکھتا ہے۔ کھفکی تنفس (cavernous breathing) کھوکھلی (hollow) نوعیت کا ہوتا ہے۔ یہ اکثر پھیپھڑے کے کہفوں پر سُنا جاتا ہے، لیکن یہ ہمیشہ اس امر پر دال نہیں ہوتا کہ وہاں ایک کہفہ ہے۔ شُعبی تنفس (bronchial breathing) جب سینہ پر سُنا جائے تو اس کے یہ معنی ہیں کہ شُش کی بافت میں ترمیم ہو گئی ہے۔ یہ ترمیم بیشتر یہ ہے کہ اِسفنجی ساخت، ٹھوس ساخت میں تبدیل ہو جاتی ہے، اور یہ تبدیلی یا تو ہوائی خلیات کے پُر ہونے یا تلف ہو جانے سے ہوتی ہے (جیسے کہ ذات الریہ یا سِل ریوی میں)، یا بعض اوقات، اگر ہوائی راستے تمام تر مطموس نہ ہو گئے ہوں تو بیرونی پچکاؤ (پلیورائی انصباب pleuritic effusion:) کی وجہ سے ہوتی ہے۔ ضروری شرط یہ ہے کہ گردوپیش کے شُش کے تجمد (consolidation) کے ساتھ شُعبی انبوبات کا انفتاح (patency) موجود ہو، تاکہ مزماری آواز کا ایصال سطح تک ہو سکے اور وہ منتشر نہ ہونے پائے، نیز یہ کہ معمولی تنفسی تحریر کا حویصلی جزو غیر موجود ہو۔

قدری تنفس (amphoric breathing)۔ یہ ایک دُہری آواز ہے جو شہیق اور زفیر کے دوران میں سُنائی دیتی ہے، اور جو شعبی تنفس کی نسبت زیادہ موسیقی صفت رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس میں ایک مخصوص فلزی صفت یا جھنکار ہو۔ اس کی نقل ایک تنگ گردن والی شیشہ کی اسطوانی یا گلدان (vase) کے مُنہ کے اندر پھونکنے سے اُتاری جا سکتی ہے۔ یہ آواز بڑے کہفوں پر سُنائی دیتی ہے یا ایسے استرواح الصدر (pneumothorax) پر سنائی دیتی ہے جو ایک شعبہ کے ساتھ کھلا ہوا ارتباط رکھتا ہو، اور یہ اُس کہفہ کی گمک کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ قدری تنفس کا ارتفاع (pitch) اور بلندی (loudness) تغیّر پذیر ہوتی ہے۔

صرصرہ (stridor) ایک بلند آواز ہے جو انبیبی تنفس (tubular breathing) سے کسی قدر مشابہ ہوتی ہے، لیکن اس کی صفت سیٹی (whistling) جیسی یا سسکارنے (hissing) جیسی ہوتی ہے۔ یہ آواز مزمار کی تنگی، قصبہ کی تنگی یا بڑے شعبات میں سے کسی ایک شعبہ کی تنگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ سینے کے بیشتر حصّے پر سُنائی دیتی ہے، اور بعض اوقات مریض کے نزدیک کے آدمی اسے بغیر مسماع الصدر کی مدد کے سُن سکتے ہیں۔

غیر معمولی آوازیں (adventitious sounds)، معمولی تنفس کی آوازوں یا متذکرۂ بالا طور پر ترمیم شدہ تنفسی آوازوں کے علاوہ، اور اُن کے ساتھ ساتھ سُنائی دیتی ہیں۔ اگر یہ پُرسکون تنفس کے ساتھ نہ سنائی دیں تو مریض کو گہری سانس اندر لینی چاہیے، جس سے ممکن ہے کہ یہ سُنائی دینے لگیں۔ غیر معمولی آوازیں خرخرات (rhonchi)، لغطات (râles) اور فرک (friction) کی آوازیں ہیں۔

خرخرات (rhonchi) کم و بیش موسیقی آوازیں ہیں، جو مخاط کے اجتماع سے شعبی اُنبوبات کے تسدد، یا مخاطی جھلّی کے ورم، یا اُنبوبات کے عضلی ریشوں کے تشنجی انقباض کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ آوازیں، شعبی اُنبوبہ کی جسامت اور تنگی کی مقدار کے لحاظ سے بہت مختلف ہوتی ہیں، اور انھیں مختلف معمولی آوازو مثلاً کوکو کرنے (cooing)، کراہنے (groaning)، خرّاٹے لینے، غرغرانے،

(grunting) یا سیٹی بجانے سے تشبیہ دی جاتی ہے۔ ادنے ارتفاع کی (lower-pitched) خراٹے دار آوازوں کو سرنان خرخرات (sonorous rhonchi) کہتے ہیں، اور یہ نسبتہً بڑے انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں۔ نسبتہً اعلیٰ ارتفاع کی (higher-pitched) سیٹی جیسی آوازوں کو صفیری خرخرات (Sibilant rhonchi) کہتے ہیں، اور یہ نسبتہً چھوٹے انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں۔ یہ زفیر یا شہیق میں سنائی دے سکتے ہیں، اور ان کی جگہ اور بلندی ہمیشہ بدلتی رہتی ہے۔ بلند رنان خرخرات اکثر مریض کے نزدیک کھڑے رہنے والے اشخاص کو سنائی دیتے ہیں، اور انھیں سے "سوں سوں کی آواز" (wheezing) پیدا ہوتی ہے۔

لغطات (râles) مختلف قسم کی تڑخنے کی (crackling) یا حلق میں گھونگھرو بولنے کی (rattling) آوازیں ہیں۔ یہ بڑے، اوسط جسامت کے اور نسبتہً چھوٹے شعبی انبوبات میں، یا ریوی کہفوں میں، وہاں کے جمع شدہ سیال افرازات کے اندر ہوا کے زور سے داخل ہونے کی وجہ سے اور بلبلوں کے بننے اور ان کے کسی قدر شور کے ساتھ پھوٹنے سے پیدا ہوجاتی ہیں۔ بعض اوقات انھیں خرخرات یا خشک آوازوں (rhonchi or dry sounds) سے تمیز کرنے کے لئے تر آوازوں (moist sounds) کے نام سے یاد کرتے ہیں۔ لیکن یہ تفریق نامناسب ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ خود خرخرات (rhonchi) مخاط کی موجودگی کے باعث پیدا ہوگئے ہوں۔ لغطات (râles) بلبلوں کی جسامت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں، چنانچہ وہ باریک (fine)، متوسط (medium)، یا موٹے (coarse) کہلاتے ہیں۔ لغطات کی تقسیم تحبّبی (bubbling) اور متفقّع (crackling) لغطات میں بھی کی جاتی ہے۔ آخر الذکر ایک تیز، صاف، جھنکاردار انفجاری (explosive) نوعیت کے ہوتے ہیں، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ یہ متجمّد ششش کے وسط میں واقع ہوتے ہیں، جہاں گمک کے لئے مخصوص حالات موجود ہوتے ہیں۔ اول الذکر یعنے تحبّبی لغطات کی آواز دھیمی (dull) ہوتی ہے، ان میں جھنکار یا دھماکے کے ساتھ پھوٹنے کی صفت نہیں ہوتی، اور یہ بیشتر اُن انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں جو طبعی اسفنجی بافت سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ متفقع لغطات

(crackling râles) کو بعض اوقات اُن کے مفروضہ سمعی ماخذ (acoustic origin) کی وجہ سے متنغّم (consonating) ' اور تجبّبی لغطات (bubbling râles) کو اس کے بالعکس غیر متنغّم (non-consonating) کہتے ہیں۔ تغرغری لغطہ (gurgling râle) ایک موٹا لغطہ ہے جو سب سے بڑے انبوبات میں پیدا ہوتا ہے۔

تکتکہ (crepitation) کی اصطلاح بلا امتیاز تمام لغطات کے لئے استعمال کی گئی ہے' لیکن عموماً وہ ایک نہایت باریک لغط کے لئے محدود ہے جو اتنا باریک ہو کہ خشک اشیاء (مثلاً کان کے پاس بالوں کی رگڑ یا ریشم کی سرسراہٹ) سے ماخوذ ہونے پر دلالت کرے۔ تکتکہ ذات الریہ کے ابتدائی درجے میں اور یمائے شش میں اور ایسے شش میں سنائی دیتا ہے جو طویل ہبوط (collapse) کے بعد زور سے پھیل جائے۔ وہ غالباً ایسے تنفسی شُعیبات' اوقاقوں اور ہوائی تاچوں کے کھلنے کے باعث ہوتا ہے جو پیچھے سیّال سے یا سادہ عدمِ استعمال کی وجہ سے چپک گئے ہوں۔ تکتکے (crepitations) اور نسبتہً باریک لغطات صرف دورانِ شہیق میں سنائی دیتے ہیں۔ متوسط جسامت کے اور موٹے لغطات دورانِ زفیر میں بھی سنائی دے سکتے ہیں۔ سِل ریوی (phthisis) میں لغطات اُس گہرے شہیق کے دوران میں ظاہر ہو سکتے ہیں جو کھانسی کے بعد ہو۔

فلزی جھنکار (metallic tinkling) کا اطلاق اُن جھنکار دار یا کھناکھن کی آوازوں پر کیا جاتا ہے جو بعض اوقات اس صورت میں سنائی دیتی ہیں جب کہ ایک مریض جس کے شش میں ایک بڑا کہفہ ہو بولتا یا کھانستا ہو۔ یہ عموماً ایک موسیقی لغطہ (musical râle) ہوتی ہے۔

بعد سُعالی امتصاص (post-tussive suction) ایک چوسنے کی آواز ہے جو ایک کہفہ (تدرنی یا تمدد الشعبی :bronchiectatic) پر کھانسنے کے بعد سنائی دیتی ہے۔ اس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ مابعد گہرے شہیق کے شروع میں ہوا ایک سسکار دار آواز (hissing sound) کے ساتھ یکایک کہفہ کے اندر واپس چوس لی جاتی ہے۔

آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) یا ریمی استرواح الصدر

(pyo-pneumothorax) کی اصابتوں میں اس وقت جب الطبیب کا کان مریض کے سینہ پر لگا ہوا ہو اگر مریض کو ہلایا جائے تو ایک چھلک کی آواز (splashing sound) سنائی دیگی، جو کہ فضاء پلیورائی میں کی ہوا اور مائع سے نکلتی ہے (ھزۂ بقراط: Hippocratic succussion)۔

فرکی آواز (friction sound) یا پلیورائی رگڑ (pleuritic rub) پلیورا کی دو ایسی سطحوں کے باہم رگڑنے سے پیدا ہوجاتی ہے جو التہاب کی وجہ سے کھردری ہوگئی ہوں۔ یہ اپنی نہایت ممیز شکل میں ایک درشت، کرکرانے (grating) یا چرچرانے (creaking) کی آواز ہوتی ہے، جیسی کہ چمڑے کے دو ٹکڑوں کو ایک دوسرے پر زور سے رگڑنے سے، یا انگلی کی راحی سطح (palmar surface) کو ایک چوبی سطح پر ملنے سے نکلتی ہے۔ یہ دوران تنہیق میں بہترین سنائی دیتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ زفیر کے ساتھ بھی سنی جائے۔ بعض فرکی آوازیں لغطات سے نہایت قریبی مشابہت رکھتی ہیں۔ لیکن وہ سینہ کے تھوڑے حصے پر محدود ہوتی ہیں، اور کھانسنے سے متاثر نہیں ہوتیں۔ جب دیوار سینہ پر سماع الصدر کا دباؤ بدل دیا جاتا ہے تو ان کی بلندی مختلف ہو جاتی ہے۔ جب وہ قلب کے اوپر کے پلیورا میں پیدا ہوتی ہیں تو ضربات قلب کے ساتھ تناظر ہوتی ہیں، لیکن ان کی بلندی (loudness) تنفس کی ہیئتوں (phases) کے ساتھ ساتھ بدلتی رہتی ہے (پلیورائی تامور ی فرک pleuro-pericardial friction)۔

127

بولنے کی آوازیں (voice sounds)۔ بولنے کی آوازیں جو طبعی سینہ پر سماع الصدر سے سنی جاتی ہیں ایک "مبہم" ("blurred") اور غیر واضح نوعیت رکھتی ہیں، جس کی وجہ یہ ہے کہ جو فیزی بافت میں ان کا ایصال غیر منظم طور پر ہوتا ہے۔ اس عدم وضاحت کی صفت ہی پر صوتی گمک (vocal resonance) کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے۔ صوتی گمک کا کم یا مفقود ہونا (diminished or absent vocal resonance)۔ بچوں اور عورتوں میں جن کی آوازیں اعلیٰ ارتفاع کی (high pitched) ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ صوتی گمک خفیف یا مفقود ہو۔ مرض میں اس کی غیر موجودگی شعب کے تسدد، (obstruction) یا سیال سے شش کے پچکاؤ (compression) کا نتیجہ ہوتی ہے۔

شعبہ صوتی (bronchophony):۔ یہ اصطلاح اُس وقت استعمال کی جاتی ہے جب بولنے کی آوازیں اپنی نوعیت میں واضح، اور ساتھ ہی معمول کے نسبت زیادہ بلند ہوتی ہیں۔ جب آوازیں واضح مگر کمزور ہوں تو بعید شعبہ صوتی (distant bronchophony) کی اصطلاح استعمال کی جا سکتی ہے۔ شعبہ صوتی تجمّد شش میں پائی جاتی ہے، مثلاً اس تجمّد میں جو ذات الریہ اور سِل ریوی میں واقع ہوتا ہے، اور بعض اوقات اُس وقت پائی جاتی ہے جب کہ شش کا پچکاؤ (compression) ہو۔ جب شعبہ صوتی موجود ہوتی ہے تو سرگوشی کی آوازوں (whisper sounds) کا بھی شش میں سے ایصال ہوتا ہے (صلِ کلامی: pectoriloquy)۔ بزصوتی (ægophony) آواز کی وہ مخصوص انفی یا غنغناہٹ دار (twanging) ترمیم یافتہ صورت ہے جو مسماع الصدر سے سنائی دیتی ہے۔ یہ نام اُس مشابہت پر مبنی ہے جو کہ اس میں اور بکری کے ممیانے (bleating) میں پائی جاتی ہے۔ اس کا عام ترین سبب بلاشبہ پلیورا کے اندر سیال کی موجودگی ہے۔ یہ بعض اوقات ذات الریہی تجمد میں بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ بزصوتی کی توجیہہ جو نہایت عام طور پر تسلیم کی جاتی ہے یہ ہے کہ بولی ہوئی آواز ایک خالص سُرتی (pure tone) نہیں بلکہ ایک بنیادی سُر (fundamental note) اور اُس کے اعلیٰ تر ارتفاع کے بلند نغمات (harmonics of higher pitch) کا آمیزہ ہے۔ یہ بخوبی معلوم ہے کہ اونچے اسُر (low notes) ہوا میں سے مائع میں اتنی اچھی طرح منتقل نہیں ہوتے جتنی اچھی طرح کہ نسبتاً اعلیٰ سُر منتقل ہوتے ہیں۔ اس بنا پر خیال کیا جاتا ہے کہ ممکن ہے کہ بنیادی سُر سیال میں سے گذرنے نہیں پاتا اور سطح سینہ پر بالخصوص بلند نغمات (harmonics) ہی سُنے جاتے ہیں۔ اس کو اس طرح بہترین طور پر واضح کیا جا سکتا ہے کہ مریض کو ایسے الفاظ کا تلفظ کرنے کو کہا جائے جن میں حروف علت "ای" (e) اور "آئی" (i) موجود ہوں [مثلاً "تھری" (three) اور "نائنٹی نائن" (ninety-nine)] جن کا انحصار اعلیٰ تر بلند نغمات (higher harmonics) پر ہوتا ہے۔

استماعی قرع (auscultatory percussion)۔ اس عمل میں مسماع الصدر سینہ پر رکھ کر اُس کے گرد کی سطح پر قرع کیا جاتا ہے۔ اس کی خاص منفعت یہ ہے کہ

اس کے ذریعہ سے استرواح الصدر (pneumothorax) کی اصابتوں میں جرسی آواز (bell souund) یا حرو نحاسی (bruit d'airain) حاصل کی جاتی ہے ۔ طبیب سینہ کے اُس حصہ پر جو استرواح الصدر سے ماؤف سمجھا گیا ہے، سماع الصدر سے استماع کرتا ہے اور ساتھ ہی ایک مددگار مریض کے سینہ پر ایک سکہ رکھ کر اسے دوسرے سکہ سے مار کر بجاتا ہے ۔ یہ آواز کھوکھلے کمرہ میں گمک حاصل کرتی ہوئی، سماع الصدر میں ایک بلند جھنکار دار موسیقی سُر (musical note) کے طور پر منتقل ہوتی ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 191)۔

التہاب قصبۃ الریہ (TRACHEITIS) اور نوعی ہزا ئیتیں

التہاب قصبہ ویسے ہی حالات و ماحول سے پیدا ہو جاتا ہے جو التہاب حنجرہ پیدا کر دیتے ہیں ۔ حاد نازلتی التہاب قصبہ (acute catarrhal tracheitis) اکثر التہاب حنجرہ اور شعبی التہاب (bronchitis) کے ساتھ ہوتا ہے، لیکن ان کے پیدا کردہ علامات اُسے پوشیدہ رکھتے ہیں ۔ کبھی کبھی یہ تنہا بھی ہوتا ہے ۔ ایسی حالت میں وہ کھانسی پیدا کر دیتا ہے، جو اکثر خشک (hacking)، شاید بہت زور کی یا دَورے کے طور پر، اور کسی قدر نفث (expectoration) کے ساتھ ہوتی ہے ۔ انفلوئنزا کے آغاز میں التہاب قصبہ کے ساتھ نامعلوم مبداء کا تحت القصی دَرد موجود ہو سکتا ہے ۔ حنجرہ بین (laryngoscope) سے مخاطی جھلی ممتلی (congested) نظر آتی ہے، اور بعض اوقات قرحے (ulcers) بھی نظر آتے ہیں ۔ سماع الصدر سے قصبۃ الریہ کے اندر مخاطی لغطات (mucous râles) سنائی دیتے ہیں، لیکن مخاطی جھلی کا ورم اور مخاطی اجتماع زیادہ بہر (dyspnoea) پیدا کرنے کے لئے عموماً کافی نہیں ہوتے ۔ مریض کے لئے ویسے ہی علاج کی ضرورت ہے جیسا کہ شعبی التہاب (bronchitis) میں کیا جاتا ہے، یعنے تپش گرم ہو، اور تکشف (exposure) سے پرہیز کیا جائے ۔ تکلیف دہ کھانسی میں مارفیا (morphia) ($\frac{1}{16}$ تا $\frac{1}{8}$ گرین) کے نفوخات (insufflations) سے افاقہ ہو سکتا ہے ۔ اور منفثات یعنے مخرج بلغم ادویہ (expectorants)، مثلاً اسقیل (squill) اور عرق الذہب

(ipecacuanha)، بھاپ یا لوبان (benzoin) کے استنشاقات (inhalations) اور عظم القص (sternum) کے بالائی حصّے پر رائی کا لگانا کارآمد ہیں۔

قصبۃ الریہ پر ڈفتھیریا (diphtheria) کا حملہ ہوتا ہے، جو حنجرہ سے پھیل آتا ہے۔ چنانچہ کروپ (croup)، جو حنجری ڈفتھیریا کے سوائے اور کچھ نہیں، ایک زمانہ میں زیادہ تر التہاب قصبہ (tracheitis) ہی سمجھی جاتی تھی۔

128 کبھی کبھی حنجرہ کے تدرن کے ساتھ تدرن قصبۃ الریہ (tubercle of the trachea) بھی واقع ہو جاتا ہے۔ غشائے مخاطی یا تحت المخاطی بافت میں درنہ کے جماؤ کے بعد تقرح (ulceration) پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ قرحے پچھلی دیوار پر زیادہ عام ہوتے ہیں، اور عموماً ۲ تا ۳ ملی میٹر ناپ کے ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ یہ قطر میں ۱۰ ملی میٹر تک پہنچ جائیں۔ قصبی تدرن (tracheal tubercle) کے باعث جو علامات ہوتے ہیں وہ عموماً اُن علامتوں سے پوشیدہ ہو جاتے ہیں جو کہ حنجرہ یا شش کے ہمزمان مرض کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

آتشک (syphilis) بھی اپنے درجۂ ثانوی یا ثالث میں قصبۃ الریہ کو ماؤف کر کے مختلف اصابتوں میں اِمتلاء (congestion)، (شاذ حالتوں میں) فلطا جیسے (condylomas) اور او پری قرحے پیدا کر دیتی ہے۔ لیکن سب سے زیادہ اہم تغیّر قصبہ کا تضیّق (stricture) ہے۔ قصبۃ الریہ بیشتر اوقات اپنے زیریں سرے پر، اور نسبتۃً کم عام طور پر اپنے بالائی سرے پر ماؤف ہوتا ہے۔ اور یہ تضیّق ممکن ہے کہ محض ایک ہی مقام پر کی تنگی ہو، یا ممکن ہے کہ قصبہ کے ایک بڑے طول کا قطر یہ (calibre) کم ہو جائے۔ غشائے مخاطی بندوں اور حیدوں (ridges) کی صورت میں اُبھر آتی ہے، جن کے متعلق یہ سمجھا گیا ہے کہ یہ ایسے سابقہ قروح کے ندبات (cicatrices) ہیں کہ جن سے پہلے ممکن ہے صمغیئے (gummas) ہو چکے ہوں۔ لیکن جرمن ماہرین امراضیات ان دبازتوں کو آتشک کا راست نتیجہ، اور تقرح کو ثانوی خیال کرتے ہیں۔ آخری درجوں میں غضروفی حلقے منکشف اور تنخر زدہ ہو کر یا تو نفث میں خارج ہو جاتے یا جذب ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات تضیّق (stricture) کو حنجرہ بین کی وساطت سے مزمار (glottis) کے نیچے دیکھا جا سکتا ہے۔ اس تضیّق کے علامات، تشخیص اور معالجے

سے لئے ذیل میں قصبی تسدد (tracheal obstruction) کے عنوان کے تحت ملاحظہ فرمائیں۔

قصبۃ الریہ کی نوبالیدیں

(NEW GROWTHS IN THE TRACHEA)

قصبۃ الریہ اولی نوبالیدوں سے خواہ وہ سلیم (benign) ہوں یا خبیث (malignant) حیرتناک طور پر کم ماؤف ہوتا ہے۔ جب یہ بالیدیں موجود ہوتی ہیں تو بُہر (dyspnœa) پیدا کردیتی ہیں اور حنجرہ بین (laryngoscope) یا شعبہ بین (bronchoscope) کی مدد سے شناخت کی جاسکتی ہیں۔ زیادہ کثرت کے ساتھ مری کا سرطان یا واسط (mediastinum) کا سرطان متصلہ قصبۃ الریہ کے اندر بڑھ کر اس کے مجری کو تنگ کردیتا اور تضییق (stricture) کے علامات پیدا کردیتا ہے۔ جب وہ مری سے پھیلتا ہے تو پہلے عسر البلع (dysphagia) ہوتا ہے، لیکن سرطانِ واسط (carcinoma of the mediastinum) کی پہلی دلالت ممکن ہے کہ قصبی علامات ہی ہوں۔ سلعات سے قصبہ کے ماؤف ہونے کا ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ وہ اسے محض باہر سے دبا دیتے ہیں۔

چوں کہ ان تمام اصابتوں میں خاص علامات کا انحصار قصبہ کے قطر یہ کی تخفیف پر ہوتا ہے، اور چونکہ یہ تخفیف ایسے سلعات کے علاوہ دوسرے اسباب سے بھی واقع ہوسکتی ہے، لہذا مناسب ہوگا کہ قصبی تسدد کی امراضیات (pathology) اور سریریاتی خصائص پر علیحدہ غور کیا جائے۔

قصبی تسدد

(TRACHEAL OBSTRUCTION)

اس کے اسباب کی گروہ بندی تین عنوانوں کے تحت کی جاسکتی ہے:۔

(۱) باہر سے دباؤ۔ (۲) تغیرات جو خود قصبہ کی دیواروں میں ہوجائیں (تضیق =stricture)۔ (۳) اور اس کے اندر اجسام غریبہ (foreign bodies) کی موجودگی

قصبہ کا انضغاط (compression of the trachea)۔ اس کے عام ترین اسباب واسطی نوبالیدیں (mediastinal new growths) اورطی یا بڑے عروق کا انورسما، جسم درقی کی کلانی، اور گردن کے سلعات خبیثہ ہیں۔ مری کا سرطان بھی قصبہ کو دبا سکتا ہے لیکن یہ جلد ہی قصبہ پر حملہ آور بھی ہوجاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان دونوں انبوبات کے درمیان انثقاب (perforation) واقع ہوجاتا ہے۔ کبھی کبھی بچوں میں شعبی غدد کا تجبّن (caseation) اور تقیّح (suppuration) واقع ہوکر ان کی کلانی پیدا ہوجاتی ہے جس سے قصبۃ الریہ دب جاتا ہے، اور اگر پھوڑا قصبہ کے اندر پھوٹ پڑے تو پیپ یا متجبن غدد کے حصے نفث کے ذریعہ خارج ہوتے ہیں۔ کسی دوسرے طریقے [شوکہ کی بوسیدگی (caries of the spine)، مقامی دبیلہ (localised empyema)] سے پیدا شدہ واسطی خراج (mediastinal abscess)، مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی اصابتوں میں تمدد بایاں اذین، اور بچوں میں بڑھا ہوا غدۂ تیموسیہ (thymus)، یہ کبھی کبھی قصبی دباؤ کا موجب ہوجاتے ہیں۔

تضیق (stricture)۔ اس کا خاص سبب آتشک ہے، جس پر پہلے ہی غور کیا جاچکا ہے۔

اجسامِ غریبہ قصبۃ الریہ کے اندر شاذ و نادر ہی محبوس رہتے ہیں، لیکن زیادہ عام طور پر وہ ایک یا دوسرے شعبہ کے اندر گر جاتے ہیں، گو یہ ممکن ہے کہ وہ تنفسی رَووں سے قصبہ میں اوپر نیچے حرکت کرتے ہوں۔

علامات۔ اہم ترین علامات بُہر (dyspnoea) اور صرصری تنفس (stridulous breathing) ہیں۔ ان کے ساتھ اکثر کھانسی ہوتی ہے اور پتلے جھاگ دار مخاطی کا نفث نکلتا ہے۔ آواز غیر متاثر رہتی ہے، یا کمزور ہوتی ہے کیونکہ تسدد زفیری ہوا (expired air) کی رَو کو کمزور کردیتا ہے۔ سینہ گمک دار (resonant) ہوتا ہے، لیکن حویصلی خریر (vesicular murmur) کمزور ہوتا ہے، یا صَرصرہ (stridor) کے شور کی وجہ سے سنائی نہیں دیتا۔ تصبی ضیق کے ساتھ دوسری

علامات اُس ضرر کی وجہ سے ہوتی ہیں جو ضیق پیدا کرتا ہے۔ یہ علامتیں بعض اوقات اُوَرطی اُنورِسما یا عمیق المقام واسطی سلعہ (mediastinal tumour) کی حالت میں ابتداءً بالکل غائب ہوتی ہیں۔

جب قصبی تضیق یا قصبی انضغاط ایک خاص حد تک پہنچ جاتا ہے تو مریض پر شدید بُہر اور ساتھ ہی زراق (cyanosis) کے ناگہانی حملے ہو جانے کا امکان ہوتا ہے ان میں سے چند دوروں سے تو ممکن ہے کہ وہ شفایاب ہو جائے لیکن تیسرے یا چوتھے یا بعد کے کسی دَورے میں وہ غالباً ہلاک ہو جائے گا۔

تشخیص۔ یہ حسب ذیل امور کے درمیان کرنی پڑتی ہے:- (۱) تسددِ قصبۃ الریہ اور تسددِ حنجرہ کے درمیان۔ (۲) قصبی تسدد کے مختلف اسباب کے درمیان۔

حنجرہ بین، حنجری مرض کی غیر موجودگی کو فی الفور ظاہر کر دے گی۔ قصبی تضیق کی موجودگی، یا قصبہ کو دبانے والے سلعہ یا انورسما کی موجودگی، حنجرہ بین سے، یا اگر اس سے ناکامی ہو، تو شعبہ بین (bronchoscope) سے بھی بتلائی جا سکتی ہے۔ اگر ممکن ہو تو اس امر کا تعین متذکرۂ بالا دَوروں کے وقوع سے پہلے ہی کر لینا چاہئے، کیونکہ ممکن ہے کہ دَوروں کی حالت میں ان آلات کا استعمال مشکل ہو اور مزید برآں ممکن ہے کہ دورے حنجری تشنج (laryngeal spasm) کا غلط ایما کر دیں جس کا نتیجہ یہ ہو کہ عاجلانہ اور غیر ضروری قصبہ شگافی کر دی جائے۔ حنجری اور قصبی تسدد کے اثرات کے درمیان بعض اختلافات ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک وہ ہے جسے گرہارٹ (Gerhardt) نے دیکھا ہے کہ حنجری تسدد میں، حنجرہ، تنفسی حرکات کے دوران میں گردن میں اوپر اور نیچے کی طرف بڑی دُور تک حرکت کرتا ہے، درآنحالیکہ قصبی تسدد میں وہ محض خفیف سی حرکت کرتا ہے۔ حنجری تسدد میں سر پیچھے کو گر جاتا ہے لیکن قصبی تسدد میں سر اکثر سامنے کو جھکا ہوا ہوتا ہے۔ اگر حنجری تسدد کی وجہ عضلات مبعدہ کا شلل (abductor paralysis) ہو تو صرصرہ (stridor) زیادہ تر شہیقی (inspiratory) ہوتا ہے، مگر قصبی تسدد میں یہ صرصرہ عموماً زفیر (expiration) کے ساتھ ہوتا ہے۔ تاہم حنجری تسدد کی بعض حالتوں میں صرصرہ ہر دو تنفسی افعال کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ قصبہ کا استماع (auscultation) یقیناً مغالطہ دہ ہوتا ہے، کیونکہ خواہ ضیق (stenosis) قصبۃ الریہ کے اندر ہو بلند ترین

(loudest) مرمرہ حنجرہ پر ہی سنائی دیتا ہے ۔ زیر بحث نکتہ عملی اہمیت رکھتا ہے، کیونکہ قصبہ شگافی (tracheotomy) سے ممکن ہے کہ حنجری تسدد کا ازالہ ہو جائے مگر اس سے قصبی تسدد کا ازالہ ہونا شاذ ہے ۔ اور جب اس نوعیت کا عملیہ مریض کو کوئی امکانی فائدہ نہیں پہنچا سکتا تو مستحسن یہ ہے کہ اُسے اس سے معاف ہی رکھا جائے ۔ لیکن ممکن ہے کہ گردن میں کی یا سینہ کے بالائی حصہ میں کی کسی نوبالیدیا انورسا سے یہ دونوں تسددات پیدا ہو جائیں، یعنے ایک تو بلا واسطہ قصبۂ الریہ پر دباؤ پڑنے سے، اور دوسرا بالواسطہ بازگرد حنجری اعصاب (recurrent laryngeal nerves) پر دباؤ پڑنے سے جس سے عضلاتِ مبعّدہ کا شلل پیدا ہو جاتا ہے ۔

قطع نظر اُس امداد کے جو حنجرہ بین یا شعبہ بین سے حاصل ہوتی ہے، قصبی تسدد کے سبب کی شناخت کا انحصار دیگر علامات پر بھی ہوتا ہے جو کہ ساتھ پائی جاتی ہیں (collateral symptoms) ۔ انضغاط کا کوئی منبع غالباً دوسرے اعضاء و احشاء کو بھی ماؤف کر دے گا، اور اس طرح عسر البلع، سرگردن یا بازو کی وریدوں کا تسدد، متناظر اعصاب پر دباؤ، اور عظم القص کے عقب میں یا سینہ کے بالائی حصے پر ایک طرف اصمیت (dulness) پیدا کر دے گا ۔ اس کے برعکس، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، اُس تضییق کو جو آتشک کے باعث ہو ایسے علامات سے مبرا ہونا چاہیئے ۔ لیکن جب اورطی انورسا قصبہ کو دباتا ہے تو ابتداءً ایسی کوئی دوسری علامت ظاہر نہیں ہوتی کہ جس سے وہ شناخت کیا جا سکے ۔ انورسا اور درون صدری بالیدوں کے درمیان تفریق کرنے کے لئے قارئین درون صدری نوما یہ جات (intra-thoracic neoplasms) کا بیان ملاحظہ فرمائیں (ملاحظہ ہو صفحہ 181) ۔ ہر دو صورتوں میں رانجنی شعاعوں (Röntgen rays) سے کچھ امداد مل سکتی ہے ۔

انذار ۔ یہ نہایت ناموافق ہوتا ہے، کیونکہ اُن اسباب پر جو کہ نسبتہً عام ہیں معالجہ کا چنداں اثر نہیں ہوتا ۔ لیکن ممکن ہے کہ قصبہ کو دبانے والے پھوڑوں کی شاذ اصابتیں پھوڑے کے پھوٹ جانے پر شفایاب ہو جائیں ۔

علاج ۔ داعیات (indications) یہ ہیں :۔ (۱) اگر ممکن ہو تو سبب مرض کا دور کرنا ۔ (۲) جہاں تسدد بالائی حصے میں ہو قصبہ کو مقامِ تسدد سے نیچے

کھول دینا اور (۳) علامات اور ثانوی نتائج کا ازالہ کرنا ایک مرضی غدہ درقیہ (thyroid) یا بیش پرورده تیموسیہ (hypertrophied thymus) کو نکال کر خارج کر دینا چاہیے، اور گردن کے بڑھے ہوئے غدد یا بالیدوں کو بھی اسی طرح پھوڑے جہاں قابل رسائی ہوں حتی الامکان کھول دینے چاہئیں۔ لیکن ایسے موقعے نادر الوقوع ہیں۔ اگر انورسما کی تشخیص ہو گئی ہو تو اس حالت کا مناسب علاج عمل میں لانا چاہیے، اور بتین تضیق (stricture) کے لئے پارہ اور پوٹاسیم آیوڈائڈ یا سالورسان (salvarsan) کے ذریعہ سے فعال دافع آتشک علاج عمل میں لانا چاہیے، بالخصوص جب کہ تعامل واآزرمن (Wassermann) مثبت حاصل ہوا ہو۔ آیوڈائڈ کا استعمال ہر اس اصابت میں کیا جا سکتا ہے جس میں تسدد کے سبب کے متعلق قطعی تشخیص کرنے کے لئے کافی معطیات (data) حاصل نہ ہوں۔ جسم غریب (foreign body) کی صورت میں قصبہ شگافی (tracheotomy) کا عملیہ کرنا چاہیے اور پھر مریض کو الٹا کر یا ہلا کر، یا ایک شعبہ بین (bronchoscope) میں سے خاص قسم کا کلاب استعمال کرکے جسم غریب کو نکالنے کی کوشش کرنی چاہئیں۔

130

شعبی التہاب

(BRONCHITIS)

بحث اسباب۔ شعبی التہاب ایک اولی مرض کے طور پر واقع ہو سکتا ہے، اور ایسی صورت میں وہ غالباً اس "معمولی زکام" ("common cold") کی ایک قسم ہے جو صفحہ 195 پر بیان کیا گیا ہے، اور اس کی جرثومیات اور طریقہ سرایت بھی اسی کے جرثومیات اور طریقہ سرایت کے مماثل ہوتے ہیں۔ اس قسم کا شعبی التہاب اکثر حنجرہ اور انفی غشائے مخاطی کے التہاب کے ساتھ یا اس کے پہلے ہوتا ہے، یہ ممکن ہے کہ التہاب آخر الذکر مقامات کے اندر شروع ہو، اور پھر نیچے کو شعبات تک پھیل جائے۔ درحقیقت زکام کے باب (section) کا مطالعہ شعبی التہاب کے ہمراہ کرنا چاہیے۔ شعبی التہاب کا ایک دوسرا سبب یہ ہے کہ شعبی غشائے مخاطی کا تماس

خراشش آور بخارات کے ساتھ، یا ٹھوس ذرات (جیسے کہ گرد و غبار، کہر) کی حامل ہوا کے ساتھ، یا سرد، مرطوب اور تغیر پذیر آب و ہواؤں کے ساتھ، یا کانوں کی یا بعض کارخانوں کی ہوا کے ساتھ ہو۔ شعبی التہاب، شعبی انبوبات کے اندر اجسام غریبہ کی حقیقی موجودگی سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ ایسا ہونا مقابلۃً شاذ ہے، لیکن انبوبات کے اندر انصباب شدہ خون بھی اس طریقہ سے عمل کر سکتا ہے، اور شعبی التہاب جرم شُش کے اندر درنہ یا سرطان (carcinoma) کے جماؤ سے بھی ہمیشہ واقع ہو جاتا ہے۔ شعبی التہاب ان نازلتی عضویات (catarrhal organisms) میں سے کسی ایک کے باعث ہو سکتا ہے جو بُصاق (sputum) کے اندر موجود رہتے ہیں، جیسے کہ نبقۂ ریوی (pneumococcus)، فرِیڈلینڈر کا عصیۂ ریوی (pneumobacillus)، نبقات سبحیہ (streptococci)، خرد نبقہ نازلتی (M. catarrhalis)، نبقات عنبیہ (staphylococci)، خرد نبقہ چہار نرا (M. tetragenus)، اور کبھی کبھی عمومی عصیۂ قولونی (bacillus coli communis)۔ نیز یہ ہر قسم کی ماسکی سرایت (focal infection)، اور خاص کر جوفی مرض (sinus disease) سے ثانوی طور پر پیدا ہو سکتا ہے۔ بعض ساری امراض مثلاً تپ محرقہ (typhoid fever)، کھسرا، ڈفتھیریا، انفلوئنزا، اور کالی کھانسی (whooping cough) کے ساتھ شعبی التہاب ہمیشہ پایا جاتا ہے، اور مرض برائٹ (Bright's disease) میں یہ اکثر موجود ہوتا ہے۔ شعبی التہاب اور دمہ (asthma) کا باہمی تعلق کیا ہے یہ بعد میں بیان کیا جائے گا۔

شعبی التہاب شیر خواروں، چھوٹے بچوں، اور ضعیف العمر اشخاص میں خاص طور پر پھیلا ہوا ہوتا ہے، اور جوان سال بالغ اور ادھیڑ عمر والے اس میں نسبتہً بہت کم مبتلا ہوتے ہیں۔ آرام طلب عادتوں سے، گرم کمروں میں بند رہنے سے، اور غیر ضروری طور پر اوڑھے لپیٹے ہوئے رہنے سے اس کے موضوع میں یہ رجحان پیدا ہو جاتا ہے کہ وہ مقابلۃً خفیف تکشف (exposure) ہی سے شعبی التہاب میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ اسی طرح وہ لوگ جو کمزور صحت رکھتے ہوں، یا ناکافی غذا، تکان پیدا کرنے والے پیشوں، یا خراب صحی حالات کی وجہ سے پست ہو گئے ہوں، اس میں بہ آسانی مبتلا ہو جاتے ہیں۔ قلب کا مرض، جو پھیپھڑوں کے دوران خون میں مزاحم

ہوتا ہے، شعبی التہاب کا سبب معّد (predisposing cause) ہے ۔موسم گرما کی نسبت سرما میں شعبی التہاب بہت زیادہ عام ہوتا ہے ۔مزمن شعبی التہاب یا حاد شعبی التہاب کے ایک ہی حملے کے بعد یا مکرر حملوں کے بعد پیدا ہوسکتا ہے، اور یہ بھی ممکن ہے کہ مزمن شعبی التہاب کی موجودگی پر حاد شعبی التہاب کا اضافہ ہوجائے ۔

امراضیات (pathology)۔ سب سے زیادہ ماؤف ہونے والا حصہ غشائے مخاطی ہے، لیکن مرض کی شدید یا طویل اصابتوں میں تحت المخاطی طبقہ (submucosa)، اور شاذ مثالوں میں شعبی انبوبات کی کڑیاں، اور شُش کے وہ حصے جو ہم پہلو ہیں، ماؤف ہوجاتے ہیں ۔ پہلا اثر یہ ہوتا ہے کہ غشائے مخاطی کی عروقیت (vascularity) اور ورم میں زیادتی ہوجاتی ہے، اور تھوڑے عرصے کے بعد اس کی سطح سے بہ کثرت افراز نکلتا ہے ۔ یہ افراز ایک صاف سیّال ہوتا ہے جس میں مخاط (mucus) موجود ہوتی ہے لیکن اس میں خون کے سپید خلیئے (leucocytes) اور جھڑے ہوئے سرحلی خلیئے بھی موجود ہوتے ہیں ۔ آخری درجوں میں یہ افراز سپید خلیوں کی بڑھتی ہوئی تعداد کی موجودگی کی وجہ سے نسبتہً زیادہ غیر شفاف اور زرد ہوجاتا ہے ۔ ممکن ہے کہ اس افراز میں ایسے خلیات پائے جائیں جو کہ انحطاطی حالت میں ہوں، یا ایسے خلیات جن میں شہیق ہوا سے اخذ کردہ کاجل یا میل موجود ہو ۔

مہلک اصابتوں میں انبوبات اکثر سبزی مائل پیپ سے بھرے ہوئے دیکھے جاتے ہیں (ریمی شعبی التہاب :purulent bronchitis)۔ بعض اوقات سب سے چھوٹے انبوبات ماؤف ہوجاتے ہیں ۔ اگر شُش کے اوپری حصے کی ایک قاش کاٹ لی جائے اور منکشفہ تراشں کو دبا کر نچوڑا جائے، تو کٹی ہوئی سطح سے پیپ کے چھوٹے چھوٹے قطرے بکثرت باہر رستے ہوئے نظر آئیں گے ۔ یہ حالت شعری شعبی التہاب (capillary bronchitis) یا التہاب شعیبات (bronchiolitis) ہے ۔ فرینکل (Fraenkel) ایک لیفی انطماسی شعیبی التہاب (bronchiolitis fibrosa obliterans) بیان کرتا ہے جو خراشں آور ہوا یا گرد و غبار میں کام کرنے والوں میں ہوتا ہے ۔ اس میں شعیبات (bronchioles) اتصالی بافت کی حاد یا تحت الحاد (subacute) بالیدگی سے مسدود ہوجاتے ہیں ۔

181

جب معمولی نازلتی اصابتوں میں التہابی عمل کافی طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے تو شعبتوں کے لینی طبقات دبیز اور سپید خلیوں سے در ریختہ (infiltrated) ہوجاتے ہیں۔ عضلی ریشے دباؤ کی وجہ سے مذبول ہوجاتے ہیں۔ اور کرّیاں اور مخاطی غدد بھی اسی سبب سے غائب ہوجاتے ہیں۔ بالآخر بہت سی اصابتوں میں شعبی انبوبات متسع ہوکر چوڑے کھلے نمایا استوانی مجاری بن جاتے ہیں جو اکثر شش کی سطح تک پہنچے ہوئے ہوتے ہیں (تمدد الشعب: bronchiectasis)۔

شعبی التہاب کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خود شش کی ساخت میں اہم تغیرات واقع ہوجاتے ہیں۔ یعنے حاد شعری شعبی التہاب سے لختکی ھبوط (lobular collapse) اور شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) پیدا ہوسکتا ہے۔ مزمن شعبی التہاب کے بعد حویصلی نفاخ (vesicular emphysema) اور بعض اوقات مزمن رختکی ذات الریہ (chronic interstitial pneumonia) ہوجاتا ہے۔ آخر الذکر تینوں کا تذکرہ جدا جدا کیا جائے گا۔

لختکی ھبوط (lobular collapse)، انفرادی لختکوں میں اس وقت ہوتا ہے کہ جب ان تک پہنچانے والے شعبی انبوبات مخاط سے مسدود ہوجاتے ہیں تو اس کی وجہ یہ ہے کہ جب کوئی انبوبہ مسدود ہوجاتا ہے تو اس کے اندر کی محبوس ہوا ایک غیر متحرک حالت میں ریوی شعریات کے ساتھ متماس رہنے سے جذب ہوجاتی ہے، اسی طرح جس طرح کہ وہ ہوا جو کہ تحت الجلدی خلوی بافت کے اندر داخل ہوگئی ہو۔

شریانی خون کے امتحان سے حاصل شدہ تجربی شہادت (7) موجود ہے کہ شعبی التہاب کی شدید اصابتوں میں جو بُہر (dyspnœa) پایا جاتا ہے اس کی وجہ CO_2 کا احتباس (retention) اور آکسیجن کی قلت ہیں، اور یہ احتباس اور قلت غالباً شعبی تشنج کے باعث رونما ہوتے ہیں۔

طبیعی امارات۔ معائنہ کرنے پر تنفس تیز نظر آتا ہے۔ سینہ متشاکل (symmetrical)، اور عام طور پر متوسط درجہ کے بیش تمدد کی حالت میں ہوتا ہے۔ تنفس کے معین عضلات (accessory muscles) قوی عمل کرتے ہوئے نظر آتے ہیں، اور زفیر (expiration) طویل ہوتا ہے۔ بعض اوقات دوران شہیق (inspiration)

میں بین الاضلاعی فضائیں اندر کو چوس لی جاتی ہیں ۔ قرع (percussion) کرنے پر عموماً ایک طبعی گمک دار آواز نکلتی ہے، لیکن ہوائی حویصلوں کے عارضی بیش تمدد کے باعث کبھی کبھی خفیف سی بیش گمک (hyperresonance) پائی جاتی ہے ۔ ممکن ہے کہ جمع شدہ افراز سے یا ہبوط (collapse) کے باعث گمک میں کمی ہو جائے ۔ استماع (auscultation) ظاہر کرتا ہے کہ شہیق اور زفیر دونوں کے ساتھ صفیری خرخرات (sibilant rhonchi) یا رنان خرخرات (sonorous ronchi) موجود ہوتے ہیں (جس کا انحصار ماؤف انبوبات کی جسامت پر ہوتا ہے) یا مختلف اقسام کے لغطات (râles) موجود ہوتے ہیں، یا خرخرات (rhonchi) اور لغطات (râles) دونوں بیک وقت موجود ہوتے ہیں ۔ زیادہ موٹے خرخرات (coarser rhonchi) اکثر سینہ پر رکھے ہوئے ہاتھ سے محسوس ہو جاتے ہیں، بلکہ ممکن ہے کہ خود مریض کو یا اُس کے پاس کھڑے ہوئے اشخاص کو بھی سنائی دیں ۔ زیادہ بڑے یعنی موٹے لغطات (coarser râles) زفیر اور شہیق دونوں کے ساتھ، اور نہایت باریک لغطات (finest râles) صرف شہیق کے ساتھ سنائی دیتے ہیں ۔ یہ اصوات تمام اصابتوں میں یا مرض کے تمام درجوں میں یکساں طور پر نہیں موجود ہوتے ۔ بہت سی اصابتوں میں تنہا خرخرات (rhonchi) موجود ہوتے ہیں ۔ شدید اصابتوں میں یہ اصوات مختلف طور پر مخلوط ہو کر سارے سینہ پر سنائی دیتے ہیں، اور ممکن ہے کہ حویصلی خریر (vesicular murmur) کو بالکل دبا دیں ۔ شعبی عضلہ کے تشنج کی صورت میں زفیر (expiration) نمایاں طور پر طویل ہو جاتا ہے ۔

حاد شعبی التہاب کے علامات ۔ ابتداءً قدرے کسلمندی (malaise) اور سینہ میں تنگی کا احساس ہوتا ہے، اور کھانسی واقع ہوتی ہے لیکن بُساق (sputum) بالکل نہیں ہوتا ۔ خفیف اصابتوں میں عام اختلال محض خفیف سا ہوتا ہے، اور بیماری کھانسی تک محدود ہوتی ہے ۔ شدید اصابتوں میں قدرے تپ ہو کر تپش ۱۰۰ یا ۱۰۱ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے، اشتہا جاتی رہتی ہے، زبان فرزار ہو جاتی ہے اور انتوں کا فعل سُست، اور قارورہ قلیل المقدار ہو جاتا ہے ۔ کھانسی ابتداءً کھڑی اور خشک ہوتی ہے، اُس کے ساتھ اکثر عظم القص کے پیچھے درد ہوتا ہے اور

جبری زفیر (forced expiration) کے عضلات میں بھی درد ہوتا ہے جس کی وجہ وہ بار ہے جو اُن پر پڑتا ہے۔ اس وقت نفث محض قلیل المقدار ہی ہوتا ہے، اور (strain) پتلی، جھاگ دار مخاط پر مشتمل ہوتا ہے جس کے ساتھ ممکن ہے کبھی کبھی خون کی دھاری موجود ہو۔ چند روز کے بعد کھانسی نسبتۃً زیادہ آسان اور زیادہ ڈھیلی ہوجاتی ہے اور نفث (expectoration) مقدار میں زیادہ وافر، زیادہ غیر شفاف، اور زرد اور سبز ہوجاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اس میں خون کے سپید خلیوں کی بڑھتی ہوئی مقدار کا اضافہ ہوتا جاتا ہے۔ نسبتۃً خفیف تراصابتوں میں نفث، دوران خواب میں جمع ہوجانے کی وجہ سے، صبح کے وقت عموماً زیادہ نکلتا ہے، اور شہروں میں یہ بُصاق (sputum) اکثر اوقات کرۂ ہوائی سے اخذ کردہ رنگ کے باعث سیاہ ہوتا ہے۔
بُہر (dyspnœa) اکثر زیادہ ہوتا ہے، اور مریض کو بستر میں سیدھا بیٹھنا پڑتا ہے (انتصابی تنفس: orthopnœa)، اور تمام تنفسی عضلات کو حرکت میں لانا پڑتا ہے۔
کچھ عرصہ کے بعد مخاط آمیز ریم (muco-pus) کا افراز کم ہوجاتا ہے، کھانسی نسبتۃً کم مرتبہ آنے لگتی ہے اور بتدریج علامات رفع ہوجاتے ہیں۔ جب اس شکل میں کہ جسے اوپر شعری شعبی التہاب (capillary bronchitis) کے نام سے بیان کیا گیا ہے صغیر ترین شعبی انبوبات، ریمی افراز سے پُر ہوجائیں، تو حالت نہایت خطرناک ہوتی ہے، بالخصوص بالکل چھوٹے بچوں میں۔ شدید بُہر، چہرے اور اطراف کا سخت زراق (cyanosis) یا کبودی (lividity)، اور سریع خستگی (exhaustion) واقع ہوتی ہے۔ کھانسی ابتداءً بار بار آتی ہے، اور اس کے ساتھ لزج چپکدار مخاط، یا مخاط آمیز پیپ، یا پیپ نفث میں بافراط خارج ہوتی ہے۔ مابعد درجوں میں مریض کبود اور غنودہ (drowsy) ہوجاتا ہے۔ اس کی نبض زیادہ کمزور اور زیادہ سریع ہوجاتی ہے۔ شہیقی مساعی نسبتۃً کم کارگر ہوتی ہیں۔ اور بین الاضلاع فضائیں زیادہ اندر چوسی ہوئی ہوتی ہیں۔ نفث بتدریج کم ہوجاتا ہے، اور موت سے پہلے دماغی دورانِ خون کا اختلال توما (coma) سے ظاہر ہوسکتا ہے جس کے ساتھ اکثر خفیف ہذیان بھی ہوتا ہے۔
مزمن شعبی التہاب کے علامات۔ اس کے خاص صفات، دراصل حاد قسم کے صفات سے مختلف نہیں۔ لیکن اس میں تپ اور وہ بنیٔی اختلال نہیں ہوتا جو حاد قلوں میں

واقع ہوتا ہے، اور طویل مدت تک جاری رہنے کے بعد مستقل قسم کے ثانوی نتائج پیدا ہوجاتے ہیں۔ خود شُش میں نفاخ (emphysema) اور اِتساعِ اُنبوبات (تمدد الشعب :bronchiectasis) واقع ہوجاتا ہے جن کا بیان بعد میں دیا جائے گا۔ لیکن مزمن شعبی التہاب کے اثرات شُش سے بھی آگے تک محسوس ہوتے ہیں۔ چنانچہ نفاخ (جس کا بیان ملاحظہ ہو) ریوی دورانِ خون میں مزاحم ہوتا ہے اور دایاں قلب بیش پرورده ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ دایاں قلب بالآخر متسع ہوجائے، اور ایسا ہونے پر عام وریدی نظام متاثر ہوجاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اطراف زیرین کا تہبّج، اِمتلائے جگر، استسقائے شکمی (ascites) اور البیومن بولیت واقع ہوجاتے ہیں۔ ایسے حالات کے تحت اکثر سہ شرفی بازروی (tricuspid regurgitation) واقع ہوکر اُس کا ممیز و مخصوص خریر (murmur) پیدا ہوجاتا ہے (ملاحظہ ہوں امراضِ قلب)۔ طویل المدت اور شدید مزمن شعبی التہاب، مریض کی قوت پر ایک خطرناک اثر ڈالتا ہے۔ نیند میں خلل، نفثِ وافر اور ہاضمہ خراب ہونے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تغذیہ بگڑجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ لاغری بہت ہوجائے۔ بعض اصابتوں میں یہ بھی ممکن ہے کہ اس آخری درجہ میں ایک عارقی قسم (hectic type) کا حموی تعامل واقع ہونے لگے۔ مزمن شعبی التہاب کے اقسام عام طور پر حسب ذیل بیان کئے جاتے ہیں:—

۱۔ اصابتوں کی نسبتہً بہت بڑی تعداد سُعالِ شتائی (winter cough) کے عنوان کے تحت آتی ہے، جو متذکرہٗ بالا طریقہ پر واقع ہوتی ہے۔ یہ کھانسی تغیر پذیر ہوتی ہے اور بعض اوقات یہ دوروں کی صورت میں آتی ہے، اور رات کے وقت زیادہ تکلیف دہ ہوتی ہے۔ صبح کے وقت بھی اکثر شدید کھانسی ہوتی ہے جو بوقت استراحت جمع شدہ افرازات کو نکالنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ نفث، مرض کی شدت یا وسعت کے لحاظ سے یا تو مقدار میں کم، پتلا، مخاط آمیز اور جھاگ دار ہوتا ہے اور صبح کے وقت اُس میں سیاہ رنگ موجود ہوتا ہے۔ یا وہ زرد یا زردی مائل سبز اور مخاطی ریمی (muco-purulent) ہوتا ہے، اور اُس میں ہوا بہت کم ہوتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ وہ بالکل بے ہوا، مائع، سبز پیپ ہو۔ اس صورت میں بُساقات (sputa) عموماً ظرف کے اندر باہم مخلوط ہوجاتے ہیں، اور وہ سکہ نما کیفیت (nummular character) جو سِلِ ریوی میں

عام ہوتی ہے نہیں ظاہر کرتے۔ خوردبین سے نیچے کثیر التعداد پیپی خلیوں کے علاوہ ستونی خلیے جن میں چربی ہوتی ہے، اور غیر مرض زا خرد عضویے دکھائی دیتے ہیں۔ کبھی کبھی نفث کے اندر خون موجود ہوتا ہے جو عموماً دھاریوں کی صورت میں ہوتا ہے لیکن شاذ حالتوں میں تودوں کے طور پر یا کسی بڑی مقدار میں ہوتا ہے۔

۲۔ خشک شعبی التہاب (dry bronchitis) یا خشک نازلت (dry catarrh) مزمن شعبی التہاب کی ایک قسم ہے جس میں افراز نہایت کم ہوتا ہے۔ کھانسی متواتر، تند اور طویل ہوتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ چہرے کا شدید امتلا واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن بصاق یا تو بالکل نہیں ہوتا، یا صرف لوچدار (tough) مخاط کی قلیل مقدار پیدا ہوتی ہے۔ سینہ میں بہت خراش (soreness) اور نسبتہً چھوٹے انبوبات کے تشنج کی وجہ سے بہت بُہر (dyspnoea) ہوتا ہے۔

۳۔ اُس شاذ حالت میں جسے نزلۂ شعبیہ (bronchorrhœa) یا مخاط دار نازلت (pituitous catarrh) کہتے ہیں، سرایت کی خاص زد مخاطی غدد پر پڑتی ہے۔ کھانسی تکلیف دہ ہوتی ہے، اور بصاق کو باہر نکالنے کی کوشش میں دورہ کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ بالآخر جو بصاق نکلتا ہے وہ یا تو پتلا ہوتا ہے یا گاڑھا اور چپچپا (ropy)، جو انڈے کی بغیر اُبالی ہوئی سپیدی کی طرح نظر آتا ہے جس میں چھوٹے شعبات سے نکلے ہوئے زردی مائل سپید رنگ کے صمامات (plugs) کی دھاریاں ہوتی ہیں، اور یہ سب جھاگ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ ایک ایسی اصابت میں جو کہ حال ہی میں بیان کی گئی ہے (8)، چوبیس گھنٹے کے اندر ایک پائنٹ نفث نکلا، اور یہ کئی مرتبہ تھوڑی تھوڑی مقداروں میں دقت کے ساتھ خارج ہوا، اور کھانسی کا ہر دورہ ختم ہونے پر ایک یا زائد مخاطی صمامات (mucous plugs) کا اخراج ہوا۔ لیکن جہاں مجموعی حجم کی مقدار چار یا پانچ پائنٹ ہو ایک ہی وقت میں بڑی مقداریں مقابلۃً خفیف سی کوشش سے ہی خارج کی جا سکتی ہیں۔ تہیج شش سے نزلۂ شعبیہ کی شناخت اس طرح سے ہو سکتی ہے کہ تہیج کی حالت میں جھاگ کو اوپر سے علیحدہ کر دینے کے بعد اس سیال کا رنگ زرد یا عنبری ہوتا ہے اور اُس کے البیومینی جزو کی مقدار زیادہ ہوتی ہے۔

۴- گندیدہ یا مُنتِن شعبی التہاب (putrid or fœtid bronchitis) - اس کی ممیز خصوصیت نہایت بدبودار بُساق ہے، جو بیشتر اُن اصابتوں میں ہوتا ہے جن میں اُنبوبات متسع ہو جاتے ہیں۔ بُساق وافر مقدار میں اور کسی قدر پتلا ہوتا ہے، اور بُساق دان کے اندر اکثر تین تہوں میں جدا ہو جاتا ہے، جن میں سے سب سے اوپر والی تہ جھاگ دار اور مخاطی ہوتی ہے، درمیانی تہ ایک پتلی مصلی مخاطی سیال ہوتی ہے، اور سب سے نیچے پیپ کی دبیز تہ ہوتی ہے جس میں وہ اجسام موجود ہوتے 133 ہیں جو ڈِٹرِش یا ٹراوبے کے صمامات (Dittrich's or Traube's plugs) کے نام سے موسوم ہیں۔ اِن کا رنگ سپیدی مائل رمادی یا میلا رمادی مائل زرد ہوتا ہے، اور جسامت میں یہ باجرے کے دانے سے لے کر سیم کے بیج کے برابر تک مختلف ہوتے ہیں۔ خردبین کے نیچے ان کی ترکیب میں ریمی جسیمات، چُورا (detritus)، جراثیم پالمیٹک (palmitic) اور اسٹیرک (stearic) ترشوں کے باریک سوزن نما بنڈل اور نحیف شعریہ (leptothrix) کے بلدار دھاگے شامل ہوتے ہیں۔ اس بُساق کے کیمیائی مافیہ ایسیٹک (acetic)، بیوٹائرک (butyric)، اور ویلیریانک (valerianic) ترشے، لیوسین (leucin)، ٹائروسین (tyrosin)، سلفیوریٹیڈ ہائڈروجن (sulphuretted hydrogen)، اور میتھائل امائن (methylamine) ہیں۔

گندیدہ شعبی التہاب میں اور شُش کے گنگرین میں امتیاز کرنا چاہئے۔ بہت بدبودار بُساق اُس دُبیلہ (empyema) سے بھی نکل سکتا ہے جو شُش کے اندر پھوٹ جائے، اور کبھی کبھی یہ ایک پرانے تدرنی کہفہ (tuberculous cavity) سے بھی نکلتا ہے۔

۵- تکوینی (plastic)، فائبرینی (fibrinous) یا کروپی (croupous) شعبی التہاب - اس شاذ عارضہ کی ممیز خصوصیت یہ ہے کہ اس میں نفث کے اندر شعبی اُنبوبات کے سبائک (casts) خارج ہوتے ہیں۔ بُساق عموماً گول تودہ کی شکل میں، اور مخاط یا خون سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے، اور جب اُسے پانی میں رگڑا جائے تو ہمیں شعبی انبوبی نظام کے ایک حصے کا کم و بیش مکمل شاخدار سبیکہ (cast) نظر آتا ہے۔ یہ سبیکہ عموماً ایک قاز کے پَر (goose-quill) سے زیادہ دبیز نہیں ہوتا، اور طول میں ۱½ سے لیکر ۲½ انچ تک متغیر ہوتا ہے، اور صرف شاذ ہی ۴ یا ۵ یا بلکہ ۷ انچ تک پہنچتا ہے۔

اس کا رنگ رمادی یا سپیدی مائل زرد ہوتا ہے، اور یہ ہم مرکز ورقوں (laminæ) پر مشتمل ہوتا ہے، جو عموماً انبوبہ کے درونہ (lumen) کو پُر نہیں کرتے، یہی وجہ ہے کہ یہ سبائک، سوائے اُن کے جو صغیر ترین انبوبات سے نکلے ہوں، ٹھوس نہیں ہوتے۔ خردبین کے نیچے اس سبیکہ کی ساخت ریشک دار نظر آتی ہے، جس میں کثیر التعداد سپید جسیمات، نبقات سبحیہ (اسٹریپٹوکاکائی)، نبقات عنبیہ ہیماٹائڈین کی قلمیں، کروشمن کے مرغولے (Cruschmann's spirals) اور شارکو لیڈن کی قلمیں (Charcot-Leyden crystals) مدفون ہوتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 141)۔ مریض کو کھانسی کے سخت حملے ہوتے ہیں، جن سے اُس کا دم گھٹنے لگتا ہے، ساتھ ہی سینہ میں کم و بیش درد اور دباؤ (oppression) محسوس ہوتا ہے اور ان حملوں کے ساتھ ابتداءً بصاق نہیں نکلتا، اور اگر کچھ نکلتا ہے تو وہ شاید قدرے مخاط ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد (جو صرف چند ہی گھنٹے کا یا دو یا تین دن کا ہوتا ہے) ایک شعبی سبیکہ خارج ہوتا ہے۔ اس سے عموماً فی الفور آرام محسوس ہوتا ہے اور کھانسی کم یا غائب ہو جاتی ہے۔ لیکن وہ عموماً چند ہی گھنٹوں میں پھر عود کر آتی ہے، اور بعض اوقات ایک آدھ روز کے وقفوں سے سبائک (casts) کئی دن تک نفث سے خارج ہوتے رہتے ہیں، اور پھر مریض بتدریج بالکل اچھا ہو جاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں نفث الدم (hæmoptysis) واقع ہوتا ہے، اور یہ عموماً سبیکہ خارج ہونے کے بعد ہوتا ہے۔ طبیعی امارات ایک شعبہ کے تسدد کے ہوتے ہیں، اور اس کے ساتھ ہی جیسے جیسے سبائک اکھڑتے جاتے ہیں لغطات (râles) سنائی دیتے ہیں۔ تکوینی شعبی التہاب (plastic bronchitis) شاذ ہی مہلک ہوتا ہے، اور جب ہوتا ہے تو پیچیدگیوں کے سبب سے۔ لیکن وہ غیر منتظم وقفوں کے ساتھ کئی سال کے عرصہ تک متواتر ہوتا رہتا ہے۔

۶۔ وہ مزمن شعبی التہاب جو مرض کثرت خلیات سرخ (polycy-thæmia rubra) یا (مرض ایرزا: Ayerza's disease) کے ساتھ پایا جاتا ہے، آکسیجن کی طویل المدت قلت کا نتیجہ ہوتا ہے، لہٰذا خون کے ہیموگلوبن میں زیادتی ہو کر سرخ خلیوں کی تعداد تقریباً .... فی مکعب ملی میٹر ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ انگلیاں گرز شکل (clubbed finger) ہو جائیں۔ مریض نہایت ازرق (cyanosed)

ہو جاتا ہے، اور ایک اصابت میں شریانی خون، بجائے طبعی ۹۵ فیصدی آکسیجن کے تم ۹۷ فیصدی آکسیجن سے سیر شدہ پایا گیا۔ تاہم چونکہ ہیموگلوبین اور سرخ خلیوں میں بہت بڑا اضافہ ہو گیا تھا لہٰذا آکسیجن کی حقیقی مقدار جو خون کے ذریعہ سے منتقل ہوئی تقریباً طبعی درجہ کی تھی۔ شریانوں میں CO_2 کا دباؤ بھی زیادہ تھا، اور مریض کی سانس نہایت پھولی ہوئی تھی (7)۔ عورتوں کی نسبت مرد زیادہ عام طور پر ماؤف ہوتے ہیں، اور حامل واسرمن (Wassermann reaction) اکثر مثبت ہوتا ہے۔ دایاں بطین بہت بیش پرورده اور متسع ہوتا ہے، جس کا مظاہرہ برقی قلبی ترسیم (electrocardiogram) سے ہوتا ہے۔ ریوی شریان کا اتساع اور آنتیوں اور پھیپھڑوں میں احتقان (engorgement) پایا جاتا ہے، جو ریوی دموی دباؤ کی زیادتی کی دلیل ہے۔

تشخیص۔ شعبی التہاب کی تشخیص کا انحصار خرخرات (rhonchi) اور لغطات (râles) کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ دمہ میں بُہر (dyspnœa) اور طبیعی امارات ایک نہایت حاد شعبی التہاب کی طرح کے ہوتے ہیں، لیکن اسکے وقوع کی سرگذشت اور سابق حملوں کی روئداد اس کی تشخیص میں ممد ہو گی۔ شعری شعبی التہاب (capillary bronchitis) میں خرخرات (rhonchi) عموماً غائب ہوتے ہیں، اور ان اصابتوں کو کبودی، غنودگی اور لغطات (râles) کی موجودگی سے شناخت کیا جاتا ہے۔ شاذ اصابتوں میں ایک شعبہ کا تسدد (ملاحظہ ہو صفحہ 144) صرصرہ (stridor) پیدا کر سکتا ہے، جو غلطی سے شعبی التہاب کا خرخرہ (bronchitic rhonchus) سمجھ لیا جاتا ہے۔ اکثر مزمن سل ریوی (chronic phthisis) سے تفریق کرنے میں دقت ہوتی ہے، کیونکہ سل ریوی کے ساتھ اکثر شعبی التہاب موجود ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں حموی تعالی، نفث الدم، سریع لاغری کا وقوع، اور ایک جانب یا ایک راس پر طبیعی امارات کی زیادہ شدت کا پایا جانا سل ریوی کی موافقت میں ہو گا، اور اس کی تصدیق عصیتوں کے لئے بُساق کے امتحان سے، یا لا شعاعوں (X-rays) یا ٹیوبرکولین (tuberculin) کے استعمال سے کی جا سکتی ہے (ملاحظہ ہو سل ریوی)۔

ab اس کی تعیین باقی رہ جاتی ہے کہ آیا حاد شعبی التہاب ایک اولی اصابت ہے، یا ایسے عوارض کا جیسے کہ کالی کھانسی (whooping cough)، کھسرا، تپ محرقہ،

یا دوسری کسی نوعی تپ کا ثانوی نتیجہ ہے۔ بچوں میں حادّ جنی تدرّن (acute miliary tuberculosis) کا خیال کیا جانا بھی ضروری ہے۔

انذار۔ حاد شعبی التہاب (acute bronchitis)۔ اس کی مدت چند روز سے لے کر تین ہفتوں یا زائد تک ہوتی ہے۔ ریمی (purulent) یا شعری (capillary) شعبی التہاب کی مہلک اصابتوں میں یہ مدت ۹ تا ۱۲ روز ہوتی ہے۔

مزمن شعبی التہاب (chronic bronchitis)۔ اگرچہ یہ اکثر زندگی کو گھٹا دیتا ہے، تاہم بہت سے لوگ اس کی موجودگی میں بھی بڑی عمر تک زندہ رہتے ہیں۔ یہ موسم سے نمایاں طریقہ پر متأثر ہوتا ہے، اور اس کے مریض دوران گرما میں اکثر عملاً اچھے رہتے ہیں، اور سرما میں پھر بیمار ہو جاتے ہیں۔ لیکن اُن کی حالت بعد میں آنے والے ہر سرما کے ساتھ خراب تر ہوتی جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ بالآخر وہ ایک غیر معمولی طور پر شدید سرما میں یا شہروں کے سرد کہروں میں، یا دوسرے مقامات پر شرقی یا شمال مشرقی ہواؤں میں ہلاک ہو جائیں۔ لیکن اس کے برعکس، اگر مریض گھر کی حدود کے اندر رہکر، یا اس سے بھی بہتر یہ کہ کسی نسبۃً گرم آب و ہوا میں رہکر، اس ناموافق موسم سے محفوظ رکھے جائیں، تو ممکن ہے کہ وہ اپنے شعبی التہاب کو محدود رکھ سکیں، اور ایسے مہلک انجام کو سالہا سال تک ملتوی کر سکیں۔ لیکن اس کے مضر اثرات، افراز کی مقدار اور ثانوی نتائج (یعنے نفاخ، تسمّع، اُنبوبات، اور دائیں قلب کے اتساع) کی سرعت نمو کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔

تحریز۔ اس کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ سرائت کے منبعوں سے اور انفرادی اصابتوں میں سرائت کی استعداد پیدا کرنے والے اسباب سے بچاؤ کیا جائے۔ اثر پذیر اشخاص کو نازلت (catarrh) کے دوسرے مریضوں سے احتراز کرنا چاہیئے۔ اگر تماس کے بغیر چارہ نہ ہو تو انفلوئنزا کے تحت میں بیان کئے ہوئے جالی کے چہرہ پوش (gauze masks) پہنے جا سکتے ہیں۔ زکام (coryza) کی روک تھام کے تحت میں بیان کی ہوئی مختلف تدبیریں (ملاحظہ ہو صفحہ 196)، مناسب اصابتوں میں استعمال کی جا سکتی ہیں۔ مذخورہ جُدرینات (stock vaccines)، یا خود زاد جُدرینات (autogenous-vaccines) اکثر مفید ہوتی ہیں۔ آخر الذکر بہ سابق

(sputum) سے تیار کی جاسکتی ہیں، لیکن کاشتیں ناک سے بھی لی جاسکتی ہیں، جہاں وہ عضویہ جو مرض کا خاص سبب ہے اکثر خالص کاشت میں حاصل کیا جاسکتا ہے۔ انگلستان کے موسم سرما کی آب و ہوا جس میں سردی اور رطوبت ہوتی ہے، شعبی التہاب کا نہایت عام سببِ مُعِدّ (predisposing cause) ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ انگلستان کے جنوبی مقامات جیسے کہ بورن متھ (Bournemouth)، وینٹنر (Ventnor) ٹارکوے (Torquay) یا پنزنس (Penzance) کی بود و باش سازگار نتائج پیدا کردے۔ نیز سازگار آب و ہوائیں بیرونِ انگلستان میں بھی ہیں، اور مینٹون (Mentone)، سان ریمو (San Remo)، کینیس (Cannes)، آرکے شان (Arcachon)، جزائر کیانری (Canary Islands)، مڈیرا (Madeira) اور نائل (Nile) (اسوان . Assouan) ایسے مقامات ہیں جہاں مریض سب سے زیادہ جاتے ہیں۔

علاج ۔ متوسط شدت کی اصابتوں میں مریض کو ایک گرم کمرے میں بستر پر لٹا دینا چاہیے۔ نسبتہً کم شدید اصابتوں میں اگرچہ مریض کو اٹھنے کی اجازت دی جاتی ہے، تاہم اُسے تکشّف (exposure) سے محفوظ، اور حتی الامکان ۶۰ درجہ یا ۶۵ درجہ فارن ہائٹ کی ہموار تپش میں رکھنا چاہیے۔ مزمن شعبی التہاب میں ممکن ہے کہ ایک سازگار آب و ہوا میں منتقل کرنے کے سوال پر غور کرنا پڑے (ملاحظہ ہو تحریز)۔ اگر سینہ میں زیادہ تنگی ہو تو اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistine)، رائی کی پتی (mustard leaf)، یا السی کی پولٹس (linseed meal poultice) سے جس پر رائی چھڑکی ہوئی ہو، جوابی خراش (counter-irritation) پیدا کرنی چاہیے۔ بچوں میں جوابی خراش آور ادویہ (counter-irritants) کو احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہیے، مگر ایک پتلی پولٹس جو سارے سینہ کو گھیر لے (جاکٹ پولٹس jacket poultice:) نہایت کارگر ہوتی ہے۔ غذا ہلکی اور مغذّی ہونی چاہیے۔

ہوائی راستوں کا تسدّد روکنے کے لئے تین قسم کی میکانیتیں (motor mechanisms) ہیں، یعنے نسبتہً بڑے شعبات کے لئے اہداب (ciliæ) کی حرکت دَسْر (propulsive movement) اور کھانسی کی اخراجی میکانیت (expulsive mechanism) اور نسبتہً چھوٹے شعبات کے لئے عضلی حرکت و دیہ

(muscular peristalsis) - لیکن شعبتوں میں افراز کا عمدہ بہاؤ بھی مساوی اہمیت رکھتا ہے، اور وہ ایک مُدَہّن (lubricant) اور خراش آور اشیا کے مُزَلِّق کے طور پر ہر دو حیثیت سے عمل کرتا ہے۔ شروع میں جب کہ کھانسی خشک ہو مسکنات (sedatives)، مثلاً مرکب صبغۂ کافور (tinct. camph. co.) کی ضرورت ہے اور اس کے بعد منفثات (expectorants) کی۔ امونیسئم کاربونیٹ (ammonium carbonate) (۵ گرین ہر چوتھے گھنٹے)، نبیذِ عرق الذہب (vinum ipecacuanhæ) (۵ تا ۱۰ قطرے)، اور صبغۂ اسقیل (tinct. scillæ) (۵ اقطرے)، معدی غشائے مخاطی میں خراش پیدا کرتے، اور عصب تائیہ (vagus) کے معکوس عمل کے ذریعہ شعبی افراز کو بڑھا دیتے ہیں۔ اگر ان ادویہ کو قئے (emesis) لانے کی حد تک دیا جائے تو شعبی افراز اور بھی زیادہ ہو جاتا ہے۔ چنانچہ بچوں کے علاج میں اسی اسلوبِ عمل سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے، یعنے جمع شدہ شعبی افراز کو خارج کرنے کے لئے ایک ڈرام نبیذِ عرق الذہب (vinum ipecac.) دیا جاتا ہے، اور ضرورت ہو تو پندرہ منٹ کے بعد اسے مکرر دیا جاتا ہے۔ مزمن شعبی التہاب میں اسقیل (squill) خاص منفعت رکھتا ہے، کیونکہ قلب پر اس کا اثر ڈیجیٹالس (digitalis) کے مثل ہوتا ہے۔ منفثات (expectorants) کی ایک دوسری جماعت شعبی غدد کی راہ سے خارج ہو کر اُن کے افراز کو تحریک پہنچاتی ہے۔ اس جماعت کا اہم ترین رکن ۵ گرین کی خوراکوں میں پوٹاسیئم آیوڈائڈ (potassium iodide) ہے۔ یہ مزمن شعبی التہاب میں خاص طور پر نفع بخش ہے۔ جہاں نفث بکثرت ہو، بلسانِ پیرو (balsam of Peru) (اس کے ۲۰ قطرے ½ ا ڈرام شہد میں معلق کرکے) اور بلسانِ طولو (balsam of Tolu) دینا چاہئے، یا اُمونیئم کلورائڈ (ammonium chloride) (۵ تا ۲۰ گرین)۔ جہاں بُصاق بدبودار (fœtid) ہو، ٹیری بین (terebene) (۵ تا ۱۰ قطرے) دینا چاہئے۔ سعال شتائی (winter cough) کے لئے اس کے ۵ قطرے شکر پر ٹپکا کر دن میں کئی بار لینا مفید ہے۔ نو عمر بچوں میں جو طاقتِ نفث محض برائے نام ہی رکھتے ہیں، شعری شعبی التہاب (capillary bronchitis) میں بعض اوقات افراز اس قدر کثرت کے ساتھ ہوتا ہے کہ اس سے

135

انبوبات پُر ہو کر دم گھٹنے کا خطرہ ہو جاتا ہے۔ افرازی غدد کو مشلول کرنے اور انبوبات کو خشک کر دینے کے لئے صبغۂ لفاح (tinc belladonnæ) ۳ تا ۵ قطروں کی خوراکوں میں، یا ایٹروپین (atropine)، بمقدار ۱/۲۰۰ گرین، کے اشرابات دئے جاتے ہیں۔ یہی علاج بالغوں میں بھی مفید ہو سکتا ہے۔ جب کھانسی زیادہ خراش آور ہو تو مسکنات (sedatives) استعمال کئے جاسکتے ہیں، مثلاً مارفیا (morphia) قلیل مقداروں میں (۱/۸ گرین یا ۱/۴ گرین)، مرکب صبغۂ کافور (۱/۲ ڈرام)، ہیروئن (۱/۱۲ تا ۱/۶ گرین)، کوڈین فاسفیٹ (codeine phosphate) (۱/۴ گرین) یا پوٹاسیم یا امونیم برومائڈ (۵ گرین)۔ لیکن اگر کبودی (lividity) زیادہ موجود ہو تو ان چیزوں کو بہت احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہیے، کیونکہ ان حالات میں ممکن ہے یہ تنفسی اور قلبی مرکزوں کو خطرناک طور پر منخفض کر دیں۔ ہائڈروسائنک ترشہ (hydrocyanic acid) بھی مسکن ہے۔ یہ ترشہ شربت کرز بری (syrup of Virginian prune) کے اندر موجود ہوتا ہے جو عام طور پر تجویز کیا جاتا ہے۔ یہ غالباً معدے میں عصب تائیہ کے اختتامات کو مشلول کر کے عمل کرتا ہے (جو عرق الذہب کے برعکس ہے)، اور "معدی کھانسی" (stomach cough") میں مفید ہے۔ ان اصابتوں میں کہ جن میں شعبی انبوبات کا زیادہ تشنج ہوتا ہے صبغۂ جوزماثل (tinct. stramonii) یا صبغۂ تبغ صحرائی ایتھری (tinct. lobeliæ æth.) (۵ ا بوند)، ایتھر (۵ ا بوند)، یا صبغۂ قنب ہندی (tinct. cannabis ind.) (۱۰ ا بوند) سے فائدہ ہو سکتا ہے۔ نیز قلیل مقداروں میں کلورل (chloral) (۵ تا ۱۰ گرین) کی سفارش بھی کی گئی ہے۔ ممکن ہے ان میں سے بعض طریقہائے علاج ایک دوسرے سے متخالف معلوم ہوں۔ فی الحقیقت ان کو مجموعی طور پر دینے سے عمدہ نتائج حاصل ہوتے ہیں، مثلاً مرکب لعوق اسقیل (linctus scillæ co.)(B. P. C.) (۱ ڈرام خوراک) کی صورت میں، جس میں مسکن مرکب صبغۂ کافور، اور منقعات سکنجبین اسقیل (oxymel scillæ) اور شربت طولو (syrup. tolutanus) کی مساوی مقداریں موجود ہوتی ہیں۔ اسی طرح، جوزماثل (stramonium) یا تبغ صحرائی (lobelia) عام طور پر پوٹاسیم آیوڈائڈ کے ساتھ تجویز کئے جاتے ہیں، اور ایلیکسر ڈائمارفینی ایٹ ٹرپینی (elixir diamorphini et terpini) (B. P. C.) (۱ ڈرام) میں ٹرپین ہائڈریٹ

(terpin hydrate) ہیروئن (heroin) اور شربت کرز بتری (syrup of Virginian prune) موجود ہوتے ہیں، یعنے ایک منفث اور دو مسکن۔

تمام شدید اصابتوں میں جن میں زراق (cyanosis) [یا بُہر (dyspnœa)] موجود ہو آکسیجن کے استنشاقات (oxygen inhalations) سے قیمتی مدد پہنچ سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 156)۔ کمرے کی ہوا کو بھاپ سے (جو ایک مجز معال bronchitis : "kettle" سے نکلتی ہو) مرطوب رکھنے سے، یا دوا آلود (medicated) استنشاقات مثلاً لوبان کے بخارات (vapour benzoini) سے [مرکب صبغیہ سود ایک ڈرام گرم پانی ایک پائنٹ، جو ایک خاص شامہ (inhaler) سے یا ایک معمولی ابریق (jug) سے استنشاق کیا جائے] فائدہ پہنچ سکتا ہے۔ جب بُصاق بکثرت ہو یا بدبودار ہو تو ذیل کے ادویہ مفید ہیں: ویپر اولیائی ابائٹس (vapour olei abietis) (B. P. C.)، (ایک ڈرام نصف پائنٹ میں)۔ خشک استنشاقات مثلاً ویپر کریسال کو (vapour cresol. co.) (B. P. C.)، جبکہ اس سیال کی ایک تھوڑی مقدار کو ایک دھات کے برتن میں ڈال کر حرارت سے اس کی تبخیر کردی جاتی ہے۔ ویپر آیوڈی ایتھرس (vapour iodi ætheris) ایک فمی انفی آلہ تنفس (oro-nasal respirator) کے ذریعہ سے۔ ویپر امونیائی کلورائڈی (vapour ammonii chloridi) (B. P. C.)۔ اگر شعبی التہاب کسی بنیئی مرض سے منسوب کیا جاسکے تو بلا شبہ ساتھ ہی اس کا بھی علاج کرنا چاہیئے، مثلاً نقرس (gout) کا علاج قلویات (alkalies) اور سورنجان (colchicum) وغیرہ سے۔ بہت سی اصابتوں کے لئے مقویات (tonics)، جیسے کہ کونین اور کاڈ مچھلی کے تیل کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ دیکھنا بھی مناسب ہے کہ امعا کا فعل آزادانہ ہو رہا ہے۔ اور زیادہ عرصہ کی اصابتوں میں، جہاں قلب کی دائیں جانب متسع (dilated) ہوگئی ہو، مختلف افرازات کا آزادانہ بہاؤ جاری رکھنا چاہیئے، اور قلب کے فعل کو ڈیجیٹالس (digitalis) سے اسی طرح مدد پہنچانی چاہیئے جس طرح کہ مصراعی مرض (valvular disease) کی متناظر اصابتوں میں پہنچائی جاتی ہے۔ جب غالب عضویہ خرد عضویہ نازلت (M. Catarrhalis) یا فریڈلینڈر کا عصیہ (Friedlander's bacillus) ہو، یا جب ماسکی سرایت (focal infection) اولی سبب ہو، تو جُدرینات (vaccines)

مفید ہوتے ہیں۔

تَمَدّدُ الشعب

(BRONCHIECTASIS)

بحث اسباب۔ تمدد الشعب یا شعبات کا اتساع پھیپھڑوں کے متعدد امراض کے تعلق میں واقع ہو سکتا ہے۔ اکثر اس کے ہمراہ گرد و پیش کی ششی بافت کی کسی قدر لیفیت (لیفی شش: fibroid lung) یا انتفاخ (emphysema) بھی پایا جاتا ہے۔

ممکن ہے کہ کسی بڑے شعبی انبوبہ کا بتدریج ترقی کردہ اور مسلسل تسدد اس سے نکلنے والے نسبتہً چھوٹے شعبات کا اتساع واقع کر دے۔ اس طرح سے ممکن ہے کہ انورسمے جو کسی شعبہ کو دباتے ہوں، سرطان جو اسے دبائے یا اس کے اندر بڑھ جائے، آتشکی ضیق (syphilitic stenosis) یا ایک مغروز جسم غریب، تمدد الشعب کے اسباب ہو جائیں۔ لیکن تمدد الشعب کا عام ترین سبب ایک اولی التہابی حالت ہے جیسے کہ شعبی التہاب، عرصہ دراز تک جاری رہا ہوا شعبی ذات الریہ، بالخصوص بچوں میں، اور کبھی کبھی لختی ذات الریہ۔ نیز ممکن ہے کہ پلیورائی انصبابات کا یا نظرانداز شدہ دبیلات (empyemas) کا شش پر بیرونی دباؤ تمدد الشعب پیدا کر دے کہ جس کے ساتھ شش کی لیفیت (fibrosis) بھی پائی جاتی ہے۔ شاذ حالتوں میں تمدد الشعب کی حالت پیدائشی ہوتی ہے۔ یہاں شش کے دویری انحطاط کا ذکر کرنا بھی ضروری ہے جو کہ شاذ ہے۔

امراضیات۔ جزئی تسدد کی صورت میں، جب اس کے آگے کے انبوبات متمدد ہو جاتے ہیں، تو اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ شہیقی حرکات زفیری حرکات کی نسبت زیادہ موثر ہوتے ہیں، جس سے ہوا اندر چوس لی جاتی ہے اور پھر کامل طور پر باہر نہیں نکلتی۔ مزمن شعبی التہاب میں انبوبات کے اندر کا افراز تسدد پیدا کرتا ہے، اور

ساتھ ہی انبوبات کی دیواریں التہاب کی وجہ سے نرم ہو جاتی ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ بآسانی متسع ہو جاتی ہیں۔ شدید شعبی ذات الریہ میں تمدد الشعب کی پیدائش کا ایک دوسرا طریقہ دریافت ہوا ہے۔ حاد شعبی التہاب اور گرد شعبی عروق لمفائیہ کا التہاب (peribronchial lymphangitis) شعبی دیوار کا کامل اتلاف واقع کر دیتا ہے، یہ ممکن ہے کہ متصلہ جوفیزوں کو بھی متاثر کر کے ایک صاف کٹا ہوا (clear-cut) کہف بنا دے، چونکہ انبوبہ کا طول تلف ہو جانے کی صورت میں اُسطوانی اور انبوبہ کی صرف ایک جانب تلف ہونے کی صورت میں تاچکی (saccular) ہوتا ہے۔ دوران اندمال میں کہف میں نو عمر لیفی بافت کی استر کاری ہو جاتی ہے، اور پست مکعب خلیوں کا ایک نیا مرحلہ بن جاتا ہے۔ یہ تغیر معمولی اصابتوں میں متوسط اور چھوٹے انبوبات میں واقع ہوتا ہے، اور جتنا بالائی لختوں میں ہوتا ہے اس سے زیریں لختوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ کہفوں کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں اور ان میں عموماً تندرست شعبہ کی عضلی بافت یا کری کے کوئی آثار نہیں پائے جاتے ("شان نما شش" : honey comb lung)۔ اکثر ایک چھوٹا شعبہ کہف کے اندر کھلتا ہوا پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات دیواروں کے ساتھ ساتھ بند پائے جاتے ہیں۔ بعض اوقات سطح متقرح ہوتی ہے اگرچہ وہ عموماً چکنی ہوتی ہے۔ بیشتر اوقات ان کہفوں کے ساتھ پھیپھڑوں میں وسیع لیفی تغیرات موجود ہوتے ہیں (10) (ملاحظہ ہو صحفہ ۱)۔

تمدد الشعب اکثر ایک شش تک محدود ہوتا ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ وہ شعبی تسدد، جسم غریب، یا حاد ذات الریہ یا ذات الجنب کی وجہ سے ہو۔ اگر دونوں پھیپھڑے ماؤف ہوں تو ضررات (lesions) وسیع نہیں ہوتے، یا ایک پھیپھڑا دوسرے کی نسبت بہت زیادہ ماؤف ہوتا ہے۔

علامات ۔ متوسط اُسطوانی اتساع کی اصابتوں میں جو شعبی التہاب یا نفاخ کے ہمراہ پایا جاتا ہے، علامات، اولی مرض کے علامات میں گم ہو جاتے ہیں۔ لیکن نسبتہً بڑے اتساعات میں اور تاچکی قسم (saccular variety) میں، تمدد الشعب اصابت کی ایک نمایاں خصوصیت ہوتا ہے، اور کہفوں سے نکلنے والا افراز اور شش کے بڑے حصوں کی لیفیت (fibrosis) اور تجوف (cavitation) متعین علامات اور طبیعی

تختہ ۱

الف۔ تمدد الشعب۔ تاپکی قسم، لپائیڈال بھرنے کے بعد۔

ب۔ تمدد الشعب تکلہ نما (انگشتِ دستانہ کی) قسم کا۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہیں)

بالمقابل صفحہ 130

علامات پیدا کر دیتے ہیں۔

مریض کا لاغر ہونا ضروری نہیں، وہ عموماً بخار سے مبرا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ ماسوائے بہر کھانسی اور نفث کے علاوہ اور کوئی چیز تکلیف دہ نہ ہو۔ لیکن ممکن ہے کہ زراق (cyanosis) اور انگلیوں کی گرز شکلی (clubbing of the fingers) موجود ہو۔ جب ریوی دوران خون میں زیادہ مزاحمت ہوتی ہے، تو دائیں قلب کا فشل (failure) پاؤں کا اوذیما، کلاں جگر اور البیومن بولیت پیدا کر دے گا۔

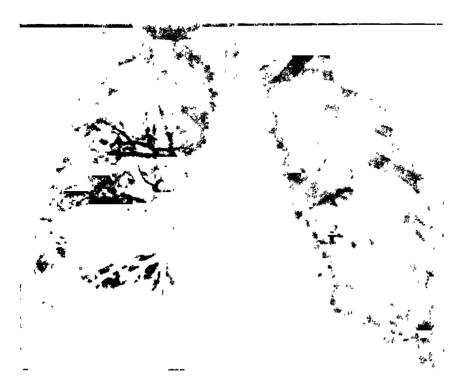
بُصاق (sputum) یا تو (۱) ریمی اور بے بو یا (۲) مخاطی ریمی یا (۳) منتن شعبی التہاب (fœtid bronchitis) کے بصاق کی طرح بدبودار مخاطی ریمی اور جھاگدار ہوتا ہے۔ جب ایک یا دو بڑے تاچی پھیلے ہوں تو بصاق ایک مخصوص و ممیز طریقہ سے نفث سے خارج ہوتا ہے۔ یہ افراز کچھ عرصہ (معلوم ہے کہ دو یا تین گھنٹوں تک) کھانسی کی تحریک پیدا کئے بغیر تسعّ اموبات میں جمع ہوتا رہتا ہے۔ پھر یا تو اس کی مقدار کی وجہ سے، یا مریض کے نقل و حرکت کرنے، یا بستر میں کروٹ لینے یا بیٹھنے کے سبب سے افراز ایک ہم پہلو نسبتہً تندرست ترانبوبہ کے اندر بہکر چلا جاتا ہے، جس سے کھانسی کی تحریک ہوتی ہے، اور مخاطی ریمی افراز کے چند اونس سب ایک دم نفث سے خارج ہو جاتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں نفث الدم (hæmoptysis) بار بار اور بسط طور پر کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔

خشک تمدد الشعب۔ یہ ایک عام قسم ہے جو کہ لپ آیوڈال (lipiodol) کے اشراب کے بعد لاشعاعی امتحان کرنے سے دریافت ہوتی ہے۔ شعبی ... ریہ، جو خصوصاً کھسرا اور کالی کھانسی کے بعد ہوا تھا، سابقہ سرگذشت میں پایا جاتا ہے۔ علامات، کھانسی اور اسکے ساتھ ذرا سا بے بو بصاق اور نفث الدم ہوتے ہیں۔ قاعدی تمدد کی کمی، کمزور تنفسی آوازیں اور لغطات موجود ہوتے ہیں۔ بالعموم گرز شکلی بالکل نہیں پائی جاتی۔ خطرات، وافر نفث الدم یا تر تمدد الشعب کی نمو یابی ہیں (11)۔

طبیعی امارات۔ یہ اتساعات کی نوعیت و جسامت، شش کے اندر انکی توزیع اور بیچ میں حائل ہونیوالے شش کے تجمد (consolidation) یا لیفیت (fibrosis) کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں ایک قاعدہ کے بڑے

137

حصہ میں بلکہ سینہ کی ایک پوری جانب میں موٹے (coarse) چرچرانے والے (creaking) اور چٹخنے والے (crackling) لغطات (râles) پائے جاتے ہیں جو تنفسی خر خر کو پوشیدہ کردیتے ہیں لیکن کوئی اہمیت (dulness) یا کوئی نمایاں تحدید حرکت نہیں ہوتی۔ دوسری اصابتوں میں اس کے علاوہ گمک کی کمی (impairment) کا ایک ایسا رقبہ ہوتا ہے جہاں شعبی تنفس یا قدری تنفس (amphoric breathing) اور اس کے ساتھ شعبہ صوتی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) سنائی دیتے ہیں اور ایک ایسے کہفے کے جو کثیف شدہ بافت سے محصور ہو دوسرے شاذ تر علامات موجود ہوتے ہیں (صفحہ 127)۔ جب کہفہ افراز سے لبریز ہوتا ہے، تو گمک کی کمی (impairment) اور گھٹے ہوئے اصوات تنفس موجود ہوتے ہیں لیکن لغطات (râles) اور شعبی تنفس صرف کھانسنے کے بعد ظاہر ہوتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں یہ حالت مزمن ذات الریہ سے مشابہ ہوتی ہے۔ سینہ کی باز کشیدگی (retraction) واقع ہوجاتی ہے، قلب افقی رخ میں مرضی شش کی طرف کھنچ آتا ہے، اور مقابل کا شش تعویضی طور پر نفاخی (compensatorily emphysematous) ہوجاتا ہے۔

تشخیص۔ تکہف (cavitation) کی تشخیص اور وسعت، لپیائڈال (lipiodol) کے اشراب کے بعد لا شعاع سے متعین کی جاسکتی ہے۔ برافتادہ جلد وغیرہ کو، ایک فی صدی نووو کین (novocaine) حلقی درقی جھلی (cricothyroid membrane) تک مشرب کرکے عدیم الحس کرلیا جاتا ہے۔ مریض کو سیدھا بیٹھا ہوا رکھ کر ۲ فی صدی کوکین (cocaine) (زائد) اس جھلی کے آرپار قصبۃ الریہ کے اندر مشرب کی جاتی ہے۔ تین منٹ کے بعد ایک خاص خمیدہ مبزل اور قنولچہ (trocar and cannula) اس جھلی میں سے ہوکر قصبۃ الریہ کے اندر داخل کیا جاتا ہے۔ اس امر کا یقین کرلینے کے لئے کہ یہ مقام صحیح ہے قنولچہ کی راہ سے ہوا کھینچی جاسکتی ہے۔ لپائڈال کو جسے ۱۰۶ درجہ فارن ہائٹ تک گرم کرلیا گیا ہو (۳۰ تا ۴۰ مکعب سنٹی میٹر ایک بالغ کے لئے اور ۳۰ مکعب سنٹی میٹر بچہ کے لئے) گرم کی ہوئی عقیم پچکاری کے اندر کھینچکر قنولچہ کی راہ سے مشرب کردیا جاتا ہے، اور پھر مریض مشتبہ پہلو پر لیٹ جاتا ہے۔ شعاع نگاشت (radiogram) انتصابی وضع میں لی جاتی ہے (ملاحظہ ہوں صحفہ ۱ اور ۲ الف

الف طبعی سینہ ۔ لپائیڈال، مرنے کے بعد ۔ (شعاع نگاشت ڈاکٹر ایف ۔ بی ۔ جانڈلر اور مسٹر جے ۔ وی سپارکس، وکٹوریہ پارک چسٹ ہسپتال، نے لی ہے)

ب ۔ شعبہ کا سرطان ۔ اس کا مقابلہ صحفہ ۵ صفحہ 159 سے کرو (شعاع نگاشت مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہے)

جو طبعی حالت ظاہر کرتی ہیں) ۔ اگر لپائیوڈال کھانسی کے ذریعہ نکل کر اوپر آجائے تو اسے نکلنے نہیں چاہئے ۔ بالغ میں لپائیوڈال کو ایک پچکاری اور قناطیر کے ذریعہ زبان کے اوپر سے ڈالا جاسکتا ہے (۱۵) یا کوکین لگا کر ایک انفی قناطیر کے ذریعہ براہ راست حنجرہ میں ڈالا جاسکتا ہے ۔ شعبہ بینی جیسی کہ ششش کے خراج کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے تشخیص میں نہایت مفید ثابت ہوتی ہے ۔

مزمن سل ریوی (chronic phthisis) سے تفریقی تشخیص کا انحصار بساق کے اندر، نی عصیہ کی عام موجودگی پر کسی پیش رو روایت مثلاً ذات الریہ کی سرگذشت پر اور تجوف (cavitation) کی جائے وقوع پر ہوتا ہے جو نہایت شاذ طور پر راسی ہوتی ہے ۔ ایک قاعدی تمدد الشعب کو ایسے ڈبیلہ (empyema) سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے کہ جس کا مواد شعبات کے اندر خارج ہو رہا ہو ۔ ممکن ہے کہ سرگذشت مرض سے مدد ملے، اور نفث الدم سے تمدد الشعب کی تائید ہوتی ہے ۔ استقصاء (exploration) سے دونوں صورتوں میں پیپ مل سکتی ہے ۔

إنذار ۔ بمقابلہ سل ریوی یہ بہتر ہے ۔ مریض اکثر برسوں زندہ رہتے ہیں اور مقامی حالت میں محض آہستہ آہستہ ترقی ہوتی ہے ۔ لیکن وہ ایسی خطرناک پیچیدگیوں میں مبتلا ہونے کا امکان رکھتے ہیں جیسی کہ ذات الریہ خراج، گنگرین، عفونت الدم (septicaemia)، دماغی خراج (cerebral abscess)، اور دوسرے مقامات پر شرودی پھوڑوں (metastatic abscesses) کا وقوع ۔

علاج ۔ مقامی طور پر مقصود یہ ہونا چاہئے کہ افراغ (evacuation) میں مدد دی جائے ۔ اس غرض سے مریض بستر پر تندرست پہلو پر لیٹتا ہے اور لکڑی کے ٹکڑوں (block) کی وساطت سے اس کے پلنگ کی پائینتی کو ایک فٹ اونچا اٹھا دیا جاتا ہے ۔ ابتداءً یہ میلیت (drainage) روزانہ نصف گھنٹہ کے لئے عمل میں لائی جاتی ہے، اور پھر اس مدت کو بتدریج بڑھا کر روزانہ دو گھنٹے تک کر دیا جاتا ہے ۔ مریض کے شرینوں کو ٹھیک جگہ پر رکھنے کے لئے ایک فانہ شکل (wedge-shaped) تکیہ استعمال کر سکتے ہیں ۔ میلیت کرنے کا جدید العصر طریقہ وہ ہے جو کہ شعبہ بینی (bronchoscopy) کے ذریعہ عمل میں لایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو خراج) ۔ اس سے

بہت بڑا افاقہ واقع ہوتا ہے، تاہم چونکہ انبوبات میں ساختی تغیر واقع ہو چکا ہوتا ہے، لہذا مریض کو بعد میں استدادات واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ شعبات کے دفع عفونت (antisepsis) کے لئے روغن تارپین کے ۵ اقطرے تک دن میں تین بار براہِ دہن دے سکتے ہیں۔ دافعاتِ عفونت (antiseptics) (ملاحظہ ہو التہابِ شعبات : bronchitis) کے استنشاقات مفید ہیں، جن میں کریاسوٹ (creosote) کے بخار کا استنشاق بھی شامل ہے، جو ایک بند کوٹھڑی (closed chamber) کے اندر روزانہ پندرہ سے ساٹھ منٹ تک عمل میں لانا چاہیے (Chaplin)۔

کئی جراحی طریقہائے علاج آزمائے گئے ہیں، جن میں مندرجہ ذیل شامل ہیں: ایک انفرادی بڑے کہفے کی جراحی مسیلیت (surgical drainage)، کہ جو برافتادہ پسلیوں کے استیصالِ جزئی (resection) کے ساتھ یا بدون استیصالِ جزئی کے کیجاتی ہے۔ عصبِ قلبی کا قلع (phrenic avulsion)، اور مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax)، جس کے بعد ایک قمولچہ کے ذریعہ سینہ میں روغن زیتون (olive oil) بھر دیا جاسکتا ہے جس میں ۵ فی صدی گامینال (gomenol) شامل ہو۔ یہ چھ مہینے تک بلا جذب ہوئے رہیگا، چنانچہ بڑی مدتوں کے بعد مکرر بھرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ مرضی لختہ کا استیصال (excision) (لختہ برآری: lobectomy) اور شعبہ کا انسداد (occlusion) اس طرف جو کہ کاٹ سے قریبی طور پر واقع ہے۔ اُن پسلیوں کا استیصالِ جزئی جو شش کے شعبی تمدد کے حصے کے اوپر واقع ہوں، تاکہ ہبوط (collapse) واقع ہوسکے۔

198 حمۃ القش (HAY FEVER)۔ دمہ (ASTHMA)

حمۃ القش ایک نہایت شدید نازلت ہے، جو بالخصوص انفی غشائے مخاطی کو لیکن اکثر شعبی غشائے مخاطی کو بھی متأثر کرتی ہے، اور شعبی نظامِ عضلی (bronchial musculature) کے انقباضات پیدا کر دیتی ہے۔ دمہ (asthma) اپنے وسیع ترین

مفہوم کے لئے استعمال کیا جائے تو اس اصطلاح کا اطلاق چھوٹے شعبات میں ایک ایسی صورت حالات پر ہوتا ہے جو بڑے شعبات اور شش کے جوفیروں کے درمیان تبادلۂ ہوا میں مزاحم ہوتی ہے۔ اس مزاحمت یا رکاوٹ کی نوعیت کے متعلق ہم یقینی طور پر بہت کم معلومات رکھتے ہیں لیکن آنت یا مثانہ کے سادہ یا مخطط عضلہ کی تمثیل سے استدلال کرتے ہوئے ہم قیاس کر سکتے ہیں کہ شعبی عضلہ جو غالباً ہر طبعی تنفس کے دوران میں کسیقدر منقبض ہوتا ہے، دمہ کی حالت میں ایک وقت میں تنشی طور پر (tonically) منقبض ہوتا ہے اور دوسرے وقت میں اس میں تبدلے دار انقباضات اور ارتخاآت (relaxations) واقع ہوتے ہیں۔ غشاے مخاطی کا اذیما یا امتلا بھی تسدد پیدا کرنے میں حصہ لیتا ہے۔ اس تعریف پر سے ہم سمجھتے ہیں کہ دمہ کی اصطلاح اکثر ایک علامت یا شاید علاماتی مخلوط (syndrome) ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے نہ کہ ایک مرض ظاہر کرنے کے لئے، اور یہ علاماتی مخلوط فی الواقع مختلف حالات سے پیدا ہو سکتا ہے۔

حالت حساسیت (allergic state)۔ حمۃ النفس اور دمہ اکثر ایک ہی قسم کے مرض کے مختلف مظاہر ہیں، جس میں مندرجہ ذیل بھی شامل ہیں:۔ دوری سیلان الانف (paroxysmal rhinorrhœa)، عرق حرکی التہاب الانف (vasomotor rhinitis=) -(angeio-neurotic oedema)-وعائی عصبانی اذیما (angeio-neurotic oedema)- دوری استسقائے مفصلی (paroxysmal hydrarthrosis)۔ شری (urticaria)، اکزیما (eczema)، خارش (pruritus) اور حکاک (prurigo) کی بعض قسمیں۔ بعض معدی معائی اختلالات۔ شقیقہ (migraine) اور صرع (epilepsy) کی چند اصابتیں۔ اس گروہ کے امراض کو مجموعی طور پر سمی خودرو عارضات (toxic iodiopathies) یا حالت حساسیت (allergic state) کے طور پر جماعت بند کیا گیا ہے۔ مریض میں ایک خاص خارجی پروٹین کی حساسیت پیدا ہو جاتی ہے، یہ خارجی پروٹین ایک زہر کی طرح عمل کرتا ہے، جس سے ایک شدید تعامل پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ مشابہ ہے اس اثر کے جو مصل کا اشراب ایک ایسے فرد کے اندر کرنے سے پیدا ہو جاتا ہے کہ جس کو اس کے لئے حساس بنا دیا گیا ہو۔ چنانچہ یہ دونوں حالتیں

دراصل ایک ہی نوعیت کی یعنی استھلافی (anaphylactic) سمجھی جاتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 15 کہ جہاں پرانٹز کسٹنر (Praunitz-Küstner) کا تعامل بھی بیان کیا گیا ہے) لیکن خالص اور سادہ استہداف (anaphylaxis) کے متعلق یہ ایک صاف بات ہے کہ استہدافی صدمہ (anaphylactic shock) پیدا کرنے کے لئے اینٹی جن (antigen) کا ایک حساس گر ابتدائی اشراب ہمیشہ ضروری ہوتا ہے، درانحالیکہ فطری طور پر واقع ہونے والے حساسیتی امراض میں ایسی ابتدائی حساس گری (sensitization) کی شہادت نہیں پائی جاتی۔ لیکن ممکن ہے کہ حساسیت (allergy) میں اینٹی جن (جسکی بالکل تھوڑی مقداریں ضروری ہوتی ہیں) ایک خراشیدہ غشائے مخاطی کی راہ سے داخل ہو گیا ہو۔ مثلاً ممکن ہے کہ معدی معوی التہاب (gastro-enteritis) کے دوران میں غیر ہضم شدہ پروٹین، مثلاً انڈے کا پروٹین، معوی خطہ سے جذب ہو جاتا ہو اور اس طرح اس شئے کی بیش حساسیت کی ایک مستقل حالت (hyper-sensitiveness) پیدا کر دیتا ہو۔ نیز یہ یقین کرنے کی وجہ موجود ہے کہ ایسی اصابتوں میں معدی ہضم اور نتیجۃً پروٹین پاشیدگی (proteolysis) بھی ناقص ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پروٹیوزیں (proteoses) غذائی خطہ سے براہ راست ہضم ہو جاتے ہیں اور اسوقت جگر اُن پر اس طرح عمل نہیں کر سکتا جیسا کہ اُسے کرنا چاہیئے (پروٹین پاکش : protopexic فعل کا فشل) اور وہ عام دورانِ خون کے اندر داخل ہو کر استہداف پیدا کر دیتے ہیں (46)۔ اسمیں شک نہیں کہ پروٹینی خراشش اور اس ابتدائی ضربہ (trauma) کے علاوہ جس کی راہ سے پروٹین جسم کے اندر داخل ہوتا ہے، حساسیت میں دوسرے عاملات بھی موجود ہوتے ہیں، نیز عصبی عاملات؛ اور روشنی کی حساس گری بلکہ ادویہ بھی بلاشبہ اس کی پیدائش میں حصہ لیتے ہیں۔ مثلاً دمہ کے ۲ فی صدی مریض ایسپرین (aspirin) کے لئے انتہائی حساسیت ظاہر کرتے ہیں اور اس کی بالکل خفیف مقداروں سے تقریباً ہلاکت کو پہنچ گئے ہیں، اور ان لوگوں میں ایسپرین کی خوراک کے بعد خون کے اندر سیلی سلک ایسڈ (salicylic acid) معمول کے نسبت بہت زیادہ حد تک جمع پایا گیا ہے (13)۔ مزید برآں سمی خود رو عارضات (toxic idiopathics) کا ایک قوی موروثی رجحان بھی ہوتا ہے، اگرچہ ماؤف خاندان کے اراکین مختلف قسم کے حساسیتی مرض ظاہر

رکھتے ہیں۔ در حقیقت ان میں سے ایک سے زائد میں مبتلا ہو سکتے ہیں۔

استہداف کے باب میں بتلایا گیا تھا کہ استہدافی صدمہ (anaphylactic shock) حساس بافتوں کے اندر اینٹی جن اور ضد جسم (antibody) کے باہمی تعامل (interaction) سے پیدا ہو جاتا ہے، اور یہ کہ اس باہمی تعامل سے پروٹینی سالمات کی شکست و ریخت واقع ہو جاتی ہے۔ یہ نہایت دلچسپ ہے کہ حساسیتی امراض (allergic diseases) میں بعض حیاتی کیمیائی تغیرات (biochemical changes) دریافت ہوئے ہیں جو اس نظریہ کے مؤید ہیں کہ حساسیتی حملہ میں بھی خون کے اندر پروٹیوز کی زیادتی پائی جاتی ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر استہدافی صدمہ ہوتا ہے اور یہ پروٹینی تعرق (protein catabolism) کی زیادتی پیدا کر دیتا ہے (14)۔ اس حملہ کے دوران میں کبدی قلت (liver dificiency) اس سے ظاہر ہوتی ہے کہ خون ایک مثبت بالواسطہ وان ڈن برگ تعامل (positive indirect van den Bergh reaction) خون میں دیتا ہے، اور دموی شکر (blood sugar) پست لیول پر ہوتی ہے (45)، اور ساتھ ہی ایک "خون شکن حرجہ" (hæmoclasic crisis) ہوتا ہے، جو خون کے دباؤ کی تخفیف، قلت خلیات ابیض (leucopenia)، عرصہ تجمید کی تبدیلی اور روشنی کے لئے مصل کے انعطافی نمایندے (refractive index) کی تبدیلی پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون میں امینو ایسڈ، یورک ایسڈ اور کریئے ٹنین (creatinine) کے اجزا زیادہ ہو جاتے ہیں، اور قارورے میں ان اجسام کا زیادہ اخراج ہوتا ہے۔ گردوں سے کم پانی خارج ہوتا ہے اور قارورہ بہ شدت ترشئی ہو جاتا ہے۔ کلورائڈ کا احتباس (retention) ہو جاتا ہے، لیکن سرخ جسیمات میں کلورائڈ کم ہو جاتا ہے۔ لیکن سب سے زیادہ اہم یہ ہے کہ قارورہ میں ایک "پروٹیوز" ظاہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 512)، جو مریض پر آزمانے سے (ملاحظہ ہو آگے کا مضمون) ایک نوعی "جلدی تعامل" (skin reaction) پیدا کر دیتا ہے۔ ایسے ربوی مریضوں میں کہ جن کی جلد غذا یا شمومات (inhalents) سے ماخوذ پروٹینوں کے لئے حساس ہے، ۵۰ فی صدی میں مثبت نتائج پائے جاتے ہیں لیکن باقی ربوی مریضوں میں صرف ۱۵ فی صدی میں۔ صحت مند آدمی شاذ و نادر ہی اپنے پروٹیوز

139

کے لئے تعامل ظاہر کرتے ہیں، گو کہ ۳۲ فی صدی آدمی ربوی پروٹیوز کے لئے تعامل ظاہر کرتے ہیں، جو کہ واضح طور پر سمی ہے (47) حملہ کے بعد خون طبعی ہو جاتا ہے۔ لیکن ساتھ ہی ایک نمایاں ادرار (diuresis) ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قارورہ فی الحقیقۃ قلوی ہو جاتا ہے۔ راقم الحروف کی رائے ہے کہ استہدافی صدمہ (shock) پیدا ہو جانے کے سبب سے جو پروٹینی تفرق واقع ہوتا ہے، وہ امینو ایسڈ کے بہت سے نسبتہً چھوٹے سالمات آزاد کر دیتا ہے، اور یہ بافتوں کا ولوجی دباؤ (osmotic pressure) زیادہ کر دیتے ہیں (جو سالمات کی تعداد پر منحصر رہتا ہے نہ کہ ان کی جسامت پر) جس سے پانی کا احتباس واقع ہوتا ہے۔ یہ شری (urticaria) اور عروقی عصبانی آذیما (angieo-neurotic œdema) میں بہت نمایاں ہوتا ہے۔ آزاد امینو گروہوں کی تعدیل کے لئے HCl کی ضرورت ہوگی (اور COOH گروہوں کی تعدیل کے لئے غالباً NaOH کی) جس کا نتیجہ یہ ہوگا کہ نہ صرف کلورائڈ کا احتباس ہو جائے گا، بلکہ جسیمات بھی اپنے ذخیرہ کا کچھ حصہ دے دیں گے۔

حمۃ القش مئی، جون اور جولائی کے مہینوں میں کثرت کے ساتھ واقع ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ خشک گھانس کا زیرہ (pollen) جو اس کا سمی عامل ہے، اس وقت افراط کے ساتھ ہوتا ہے۔ لیکن اس کے حملے خشک زیرہ کے ذریعہ حساس افراد میں سال کے کسی وقت میں بھی مصنوعی طور پر پیدا کئے جا سکتے ہیں۔ یہ دریافت ہوا ہے کہ حمۃ القش کے مریض مختلف پودوں کے زیروں سے مختلف درجوں میں تعامل ظاہر کرتے ہیں۔ لیکن اس ملک میں گھانس ہی کا زیرہ اہم عامل ہے۔ گرما میں یہ بافراط ہوتا ہے اور ہوا کے ذریعہ سے لمبے فاصلوں تک منتقل ہو سکتا ہے۔ امریکہ میں بعض کمپازیٹی (Compositæ) کا زیرہ بھی وجہ شکایت ہو سکتا ہے۔ زیرہ طبعی طور پر استنشاق کے ذریعہ انفی اور شعبی غشائے مخاطی پر اپنا اثر کرتا ہے۔ اگر مریض اسے تجربۃً نگل لے تو یہ سوءِ ہضم اور اسہال پیدا کر دیتا ہے۔

دمہ (asthma)۔ سمی خود رو عارضہ (toxic idiopathy) کی ایک دوسری قسم حیوانی دمے ہیں۔ ان میں مریض ایک گھوڑے کے سبوسہ (dandruff) کی حساسیت رکھتا ہے، اور اگر گھوڑے قرب و جوار میں ہوں تو اسے دمہ کا حملہ ہو جاتا ہے

یا بلکہ اگر وہ سائیسوں کی صحبت میں ہو تو بھی اُسے حملہ ہو جاتا ہے۔ ایسے افراد میں گھوڑے کے گوشت کے کلّے (sausages) کھانے کے بعد معدی موذی حملے ہونا بیان کئے گئے ہیں۔ "بلّی" دمہ ("cat" asthma) مشہور چیز ہے۔ اور بھیڑوں، گائیوں، سؤروں، خرگوشوں، بکریوں، اور پرندوں کے پروں کی حساسیت بھی ہوتی ہے، چنانچہ ایک معمولی تکیہ پر سونے سے دمہ کا حملہ شروع ہو سکتا ہے۔ ہالینڈ میں حال ہی میں دریافت ہوا ہے کہ عثّہ جات (mites) سے سرایت زدہ غلّہ جو جانوروں کو بہت کھلایا جاتا ہے، دمہ پیدا کرنے کا ایک مؤثر ذریعہ ہے۔

ایک دوسرا سمّی خود رو عارضہ (toxic idiopathy) غذائی اشیاء کی حساسیت ہے اور ممکن ہے کہ ایک خاص نوعی غذائی شئے کھانے سے دمہ یا معدی معوی اختلالات پیدا ہو جائیں۔ دمہ کے مریضوں کا امتحان مختلف غذاؤں کے پروٹینوں کی تطعیم سے کیا جا سکتا ہے۔ اناجوں (cereals) جیسے کہ گیہوں، مکئی، چانول، رائی، جو یا جئی (oats) سے مثبت جلدی تعاملات حاصل ہوئے ہیں۔ انڈے، آلو، کیسین (casein)، جھینگا مچھلی (lobster)، کستورا مچھلی (oyster) اور مختلف قسم کی مچھلی، مختلف قسم کے گوشت، پالک (spinach) اسٹرابیری، سیب، اور دوسرے نباتات اور پھل، ان سب سے مختلف اصابتوں میں مثبت تعاملات پیدا ہو گئے ہیں۔

حساسیتی مریضوں میں "جلدی تعاملات" کے امتحان کے دو طریقے ہیں:-

(۱) تشریط (scarification) کے ذریعہ۔ پیش بازو کی جلد کو صاف کرنے کے بعد اُس پر NaOH کے N/10 یا N/20 محلول کا ایک قطرہ رکھ دیا جاتا ہے، اور ایک چھوٹے چاقو کی نوک پر پروٹین کی تھوڑی مقدار بصورت سفوف لگا کر اُس سیال میں حل کر دی جاتی ہے، اور پھر اس آمیزہ میں سے ایک سطحی چرکا (cut) ½ انچ لمبا دیا جاتا ہے۔ بیس سے تیس منٹ میں ایک مثبت نتیجہ ظاہر ہوتا ہے، جو ایک شری ددوڑے (urticarial wheal) کی صورت میں ہوتا ہے، جو قطر میں نصف سینٹی میٹر اور ایک منطقۂ احمرار سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ اس سے بھی کم واضح نتائج کا اندراج ہوتا ہے، کیونکہ وہ سببی عامل کا پتہ دے سکتے ہیں۔ عیاری نشان (control) بلا شبہ بالکل منفی ہونا چاہیے۔ (۲) دروں جلدی اشراب (intracutaneous injection) کے

ذریعہ مطلوبہ محلول کی ۰.۰۵ سی۔سی مقدار ایک نہایت باریک سوئی سے، جو جلد سے تقریباً متوازی پکڑ رکھی جاتی ہے، جلد کے اندر مشرب کی جاتی ہے۔ مائع کا ایک چھوٹا سا ٹیلا دکھائی دینا چاہیئے، اور طبعی مائع کے ذریعہ ایک عیاری اشراب عمل میں لانا چاہیئے۔ پیش بازو کا اگلا حصہ بہترین مقام انتخاب ہے۔ ایک التہابی ہالیزہ مثبت تعامل ظاہر کرتا ہے۔ ان دونوں میں سے درون جلدی تعامل نسبتہً حساس تر ہوتا ہے، اور اس سے دمہ کے مریضوں کے ایک تناسب میں، جو مختلف ملکوں میں مختلف ہے لیکن انگلستان میں بڑا نہیں، مختلف پروٹینی خلاصہ جات [جانوروں کے بالوں، غذائی اشیا، زیروں (pollens)] کے ذریعہ سے مثبت تعاملات حاصل ہوئے ہیں۔

زہریلی شئے دمہ کے مریضوں کی بہت غالب تعداد میں نامعلوم ہوتی ہے۔ یہ محمول الہوا (air-borne) معلوم ہوتی ہے، اور بعض مثالوں میں پھپھوندی (mould) ہو سکتی ہے۔ یہ اکثر دمہ کے مریض کے مکان کے گرد وغبار میں موجود ہوتی ہے۔ یہ کسی ایک مقام پر دوسرے مقام کی نسبت زیادہ موجود ہوتی ہے۔ مثلاً زی لینڈ (Zeeland) میں ایسے دیہات ہیں جن میں آبادی کا ایک فی صدی حصہ دمہ میں مبتلا ہے، اور جب یہ لوگ دریائے رہائن کے اوپر کے حصہ کی طرف سفر کرتے ہیں تو ان کا دمہ جاتا رہتا ہے۔ اسی طرح بیشتر دمہ کے مریضوں کو کوہستانی خطوں جیسے کہ آلپس (Alps) میں دمہ کے حملے نہیں ہوتے، اگرچہ کچھ عرصہ تک وہاں رہنے سے ان کی وہ امنیت جو انھیں نسبتہً نیچے حاصل ہوئی تھی جاتی رہتی ہے، اور جب وہ گھر واپس آتے ہیں تو ابتداً ان کے حملے معمول سے زائد شدید ہوتے ہیں۔ آلپس میں حملوں سے مامونیت اس وجہ سے ہوتی ہے کہ وہاں وہ زہر موجود نہیں ہوتا، اور اگر مریض کو گرد وغبار وغیرہ وہاں خاص طور پر لا کر استنشاق کرایا جائے تو حملے مصنوعی طور پر پیدا کئے جا سکتے ہیں (15)۔

متعدد عاملات ہیں جو کہ دمہ کی استعداد رکھنے والے افراد میں فی الحقیقۃ ایک حملہ پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً انفی غشائے مخاطی کی خراش، قبض، رحمی شکایتیں، غذا سے معدہ کا تمدد، تمباکو نوشی کی زیادتی اور وہ سوءِ ہضم جو اکثر اس کے ساتھ ہوتا ہے، لبنی غذائیں، موشویہ (hair wash) میں کا بیسہ، صبغہ (paint) کی بو، اور بالخصوص

مختلف نفسی حالتیں - حملے اِس وجہ سے بھی ہو سکتے ہیں کہ مریض ان کی امید رکھتا ہے۔ مثلاً گلاب کے پھولوں کی حساسیت رکھنے والے مریض میں حملہ ایک مصنوعی گلاب کے دیکھنے سے ہو گیا جسے اُس نے اصلی سمجھ لیا، اس کے برعکس شدید ہیجان سے حملہ بالکل رُک سکتا ہے۔ حملوں کے ہونے کا امکان اُس وقت زیادہ ہوتا ہے جب کہ مریض تھکے ہوئے ہوں یعنی دن کے اختتام پر۔

دمہ سیاری اور معکوس (asthma-infective & reflex)- دمہ کی اسامیوں کا یہ گروہ، جس میں اِس ملک کے ربوی مریضوں کی غالب تعداد شامل ہے، اوپر بیان کئے ہوئے گروہ سے بالکل مختلف معلوم ہوتا ہے گو کہ دونوں میں کسیقدر تداخل موجود ہے۔ یہ دمہ اکثر سن بلوغ یا سن یاس (climacteric) میں شروع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ فوری پیش رو (precursor) حاد شعبی التہاب یا ذات الریہ (pneumonia) ہو، جیسا کہ کالی کھانسی (whooping-cough) یا کھسرا میں ہوتا ہے، یا ممکن ہے یہ دمہ جسم کے دوسرے حصوں میں کی سرایت کے باعث واقع ہو۔ یہ دمہ ۱) اُن اشیا کی حساسیت کے باعث ہے، جو پھیپھڑوں یا دوسرے مقامات میں سرایت کے حقیقی مقام پر جسم کے اندر داخل ہو جاتے ہیں، یا (۲) محض معکوس خراش (reflex irritation) کے باعث ہے۔ (۱) بالغوں میں اس امر کی شہادت ہے کہ فریڈلینڈر (Friedlander) گروہ کے گرم منفی (Gram-negative) عصیات، کاشت ہونے پر ہسٹامن (histamine) کی قسم کے مادے پیدا کرتے ہیں، اور یہ مادے مقامی طور پر شعبات میں پیدا ہو کر حملوں کا باعث ہوتے ہیں (48)- ماسکی سرایت پر نیچے بحث کی گئی ہے۔ (۲) معکوس دمہ ناک سے پیدا ہو سکتا ہے، یہ بروڈی (Brodie) اور ڈکسن (Dixon) کی تحقیقات سے سمجھ لینا بالکل آسان ہے جس نے متعین طور پر ثابت کر دیا ہے کہ انفی غشائے مخاطی کی تہییج ایک معکوس شعبی تنگی پیدا کر دیتی ہے۔ فی الحقیقۃ بعض اوقات انفی سعدانوں (nasal polypi) کے استیصال اور ناک پر دوسرے اعمال جراحیہ کے بعد دمہ واقع ہو گیا ہے۔

اس گروہ میں ماسکی سرایت (focal infection) کا مقام مغارۂ فکی (maxillary antrum) میں ہو سکتا ہے۔ ایسطرح التہاب صفاقی (ethmoiditis)،

انفی سعدانے (nasal polypi)، فاصلی انحراف (septal deviation)، حسیود (ridges)، یا مہمیز (spurs)، اور مفتول ہڈیوں کی بیش پروردگی (hypertrophy of the turbinates) موجود ہوسکتی ہے، اور یہ سب ہوائی راستہ میں مزاحمت پیدا کرتے اور سرایت کے وقوع میں مؤید ہوتے ہیں۔ لوزتین اور غدودہ، ان اصابتوں کی تھوڑی تعداد میں ضروری حصہ لیتے ہیں۔ یقیناً معمولی سرگذشت یہ ہوتی ہے کہ ان پر کم از کم ایک بار جراحی عمل بلا شفاء ہوچکا ہے۔ بایں ہمہ ممکن ہے کہ دوسرے راستوں کی جستجو کے بعد عمل جراحی کی ضرورت ہو۔ دانت اور امعاء دوسرے ممکنہ ذرائع سرایت ہیں۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ بعض مریض ایسے رہ جائیں جن میں دمہ کا وقوع "سر میں زکام" (colds in the head) کے ساتھ شروع ہو یا اس کے ہمراہ پایا جائے اور جن میں سوائے اس کے کہ ان کی انفی غشائے مخاطی کی قوت مدافعت بظاہر کم ہوگئی ہے اور دوسرا کوئی سبب نہیں بتلایا جاسکتا۔ ان کی حالت اکثر سرما کے مہینوں میں خراب تر ہوتی ہے بلکہ زیادہ اواخر خزاں اور اوائل فصل بہار میں، جب کہ موسم سب سے زیادہ متلوّن (capricious) ہوتا ہے، اور اس کے تغیرات ناگہانی اور اختلال آفریں ہوتے ہیں۔ ساری اور معکوس دمہ کی جو اصابتیں اس ملک میں پائی جاتی ہیں، وہ ماسبق گروہ کی بعض اصابتوں کے خلاف، پروٹینوں کے ساتھ امتحان کرنے پر عموماً تعامل نہیں ظاہر کرتیں۔

141

دمہ اور شعبی التہاب۔ دمہ شعبی التہاب سے تین طرح سے تعلق رکھتا ہے۔ اولاً جیسا کہ ابھی بیان کیا گیا ہے، دمہ عموماً ایک اوّلی شعبی التہاب کے بعد ہوتا ہے۔ دوم، جب کوئی مریض شعبی التہاب کے متوالی حملوں میں مبتلا ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ دمہ بتدریج نمودار ہوجائے، ایسی صورت میں دمہ صرف اسی وقت واقع ہوتا ہے جب کہ شعبی التہاب اپنے خراب ترین درجہ پر آگیا ہو اور جب شعبی التہاب بہتر ہوجائے تو دمہ بھی صاف ہوجاتا ہے۔ یہ حالت ربوی شعبی التہاب (asthmatic bronchitis) کے نام سے مشہور ہے اور یہ حساسیتی ہرگز نہیں۔ یہ اس وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے کہ شعبی التہاب غشائے مخاطی کی عصبی منتہاؤں میں خراش پیدا کرکے، عضلات کا ایک مقامی انقباض پیدا کردیتا ہے۔ دمہ سل ریوی کے ساتھ بھی ہوتا ہے۔

سوئم حقیقی حساسیتی دمہ کے متواتر حملے ثانوی مزمن شعبی التہاب پیدا کر سکتے ہیں، جیسا کہ بحث علامات میں بیان کیا گیا ہے۔

معمر اشخاص میں سانس پھولنے کے حملے۔ یہ حالت صفحہ 255 پر بیان کی گئی ہے اور بعض اوقات قلبی دمہ (cardiac asthma) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے، یا اگر گردے ماؤف ہوگئے ہوں جیسے کہ صلابت شریانی والے گردہ (arteriosclerotic kidney) میں تو کلوی دمہ (renal asthma) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے۔ تسمم بولی (uræmia) میں سانس پھولنے کی حالت کو بعض اوقات تسممی بولی دمہ (uræmic asthma) کہتے ہیں۔

علامات۔ حمۃ القش میں حاد التہاب الانف (acute rhinitis) اور التہاب ملتحمہ (conjunctivitis) کے ساتھ غشائے مخاطی کا اوذیما، تدمّع (lachrymation) اور چھینکیں پائی جاتی ہیں اور پتلی جلد والے اشخاص میں احمرار (erythema)، اور شریمعہ شدید خارش کے پایا جاتا ہے۔ ساتھ ہی دمہ اور بدنی اثرات ہو سکتے ہیں جیسے کہ سستی، ذہنی انخفاض (mental depression)، چڑچڑاپن، دردہائے سر۔ غالباً دَوری سیلان الانف (paroxysmal rhinorrhœa)، جس میں مریض کو دفعتاً ناک سے بکثرت آبی رطوبت کا اخراج ہوتا ہے، حمۃ القش سے مماثل ہے۔

دَمہ۔ بعض اوقات تنبیہی علامات ہوتی ہیں جیسے کہ بے آرامی کا عام احساس، غنودگی، جمائی آنا (gaping)، ٹھوڑی کے نیچے کھجلی، چھینکیں اور زکام یا پھیکے رنگ کا صاف پیشاب زیادہ آنا۔ لیکن اکثر اوقات حملہ ناگہانی طور پر اور علی الصباح دو اور چار بجے کے درمیان شروع ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ مریض سونے کو جاتے وقت بظاہر بالکل اچھا ہو۔ مریض بہر (dyspnœa) کے احساس کے ساتھ جاگ اٹھتا ہے جس کی وجہ سے اسے بستر پر اٹھ کر بیٹھ جانا پڑتا ہے، یا وہ بستر سے اٹھ کر کھڑکی کھول دیتا ہے تاکہ زیادہ ہوا اندر آسکے۔ جلد ہی سانس لینے میں ایسی دقت ہو جاتی ہے کہ اسے تنفس کے تمام معین عضلات (accessory muscles) سے مدد لینی پڑتی ہے۔ مریض اپنے ہاتھوں سے اپنے بستر کے بازوؤں کو کرسی کے بازوؤں کو تختہ آتشدان (mantlepiece)

کو، یا میز کے کنارے کو پکڑ لیتا ہے تاکہ بالائی جوارح سے سینہ کو گذرنے والے عضلات کو ایک مضبوط سہارا حاصل ہو جائے۔ ابتداءً سینہ حالت شہیق (inspiration) میں تقریباً مثبت ہو جاتا ہے اور نہایت خفیف حرکت پائی جاتی ہے، اور استماع کرنے پر عملاً کوئی اصوات تنفس نہیں سُنائی دیتے۔ بعد ازاں جب کہ حرکات کسیقدر زیادہ آزادانہ شروع ہونے لگتے ہیں، تو جو چیز سب سے زیادہ نظر آتی ہے وہ زفیر (expiration) کی غیر معمولی طوالت ہوتی ہے، جس کے ساتھ زور سے سائیں سائیں کی آواز (loud wheezing) ہوتی ہے، جو فاصلہ سے سُنائی دیتی ہے، لیکن شرح تنفس سُست ہوتی ہے۔ سینہ کسی قدر بیش گملی (over-resonant) ہوتا ہے۔ شہیقی خرير (inspiratory murmur) بمشکل سنائی دیتا ہے، یا اُس کے ساتھ ایک کسیقدر صفیری (sibilant) خرخرہ (rhonchus) ہوتا ہے، لیکن زفیر کے ساتھ وہ بلند آواز خرخرہ سنائی دیتا ہے جس کا ابھی ذکر کیا گیا ہے۔ اس کے ساتھ مریض کی تکلیف بہت زیادہ ہوتی ہے۔ اُس کا چہرہ ازرق ہو جاتا ہے، آنکھیں نکلی پڑتی ہیں ملتحمات ممتلی (suffused) یا سُرخ ہو جاتے ہیں، اور مریض کی ساری توجہ سینہ سے ہوا کو خارج کرنے کی کوشش میں جذب ہو جاتی ہے۔ عموماً تپ نہیں ہوتی۔ کچھ عرصہ کے بعد، اور ممکن ہے کہ یہ دو یا تین گھنٹے ہو، مریض کھانسنا شروع کرتا ہے اور کسیقدر تیلی، شفاف مخاط کا نفث کرتا ہے، جس کے ساتھ تھوڑا خون بھی ملا ہوا ہو سکتا ہے۔ پھر تنفس میں نسبتہً آسانی ہو جاتی ہے، زراق کم ہو جاتا ہے، بتدریج ساری تکلیف جاتی رہتی ہے، اور مریض کو نیند آجاتی ہے۔

بُصاق (sputum) کے اندر اکثر اُستوانی یا ہُدبی سرحلیہ کے علاوہ، وہ اجسام موجود ہوتے ہیں جو مرغولہ جات کرشمان (Curschmann's spirals) کے نام سے موسوم کئے جاتے ہیں۔ یہ زردی مائل سبز یا رمادی ذرّات ہیں، جو مخاط کے دھاگوں سے بنتے ہیں۔ خردبین کے نیچے یہ پیچ کھائے ہوئے باریک یا موٹے ریشے نظر آتے ہیں، جن کے ساتھ ایوسین پسند سپید ظلیات ملے ہوتے ہیں، اور بیچ میں ہمیشہ ایک شفاف ریشہ ہوتا ہے۔ غالباً یہ باریک تر شعبی انبوبات میں بنتے ہیں۔ دو قسم کی قلمیں بھی پائی جاتی ہیں، یعنے مکعب قلمیں جو کیلسیئم کاربونیٹ سے بنی ہوئی ہوتی ہیں

142

(17) اور لمبوتری شش سطحی (hexahedral) قلمیں، جن کو شارکو لیڈن کی قلمیں (Charcot-Leyden crystals) کہتے ہیں، جو کیلیشیم فاسفیٹ سے بنتی ہیں اور بعض اوقات مرغولہ جات میں پائی جاتی ہیں۔ خون کے ایوسین پسند سپید خلیات تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں۔

دَمہ کا ہر دَورہ دو یا تین گھنٹوں سے لے کر اتنے ہی دنوں تک جاری رہ سکتا ہے۔ طویل یا مختصر وقفوں کیساتھ اُن کا وقوع بہت کچھ انکے اسباب محرکہ (exciting causes) پر منحصر ہوتا ہے، یعنے ایک محتاط مریض جو یہ جانتا ہے کہ اُن چیزوں سے جو دَورہ پیدا کر دیتی ہیں کیونکر محترز رہنا چاہیئے، طویل عرصوں تک محفوظ رہ سکتا ہے۔ اس بیماری کی مدت بھی نہایت مختلف ہوتی ہے۔ ایسے بہت سے لوگ جو بچپن میں مبتلا ہوتے ہیں بالغ عمر میں شفایاب ہو جاتے ہیں۔ خود حملے شاذ ہی مہلک ہوتے ہیں اور ایسے حملوں کا گاہے گاہے وقوع جو نہایت شدید نہوں مضر صحت نہیں ہوتا۔ لیکن کثیر الوقوع دورے شُش کا نفاخ (emphysema) اور بالآخر اُس کے ساتھ شعبی التہاب پیدا کر دیتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کم و بیش کبوی ہیئت موجود ہوتی ہے، جس کے ساتھ شانے گول، سینہ برمیل نما (barrel-shaped)، اور تنفس بالجہد (laboured) ہوتا ہے، اور یہ خصائص وہ ہیں جو کہ خود دوروں کی اثناء میں مشاہدہ میں آتے ہیں۔ اِس سے عمر گھٹ جاتی ہے، اور شعبی التہاب کی شدید تر شکلوں میں مبتلا ہو جانے کا رجحان بڑھ جاتا ہے۔

تشخیص۔ حمۃ القش کی تشخیص میں یہ یاد رکھنے سے مدد ملے گی کہ یہ موسم گرما کے اول نصف میں ہوتا ہے۔ دَمہ کی صورت میں، اگر سرگذشت مرض تنفس کی نوعیت اور اُس کے حملہ کے آغاز کا بغور مطالعہ کیا جائے تو تشخیص آسان ہوتی ہے۔ مرض قلب، صدری انوریسما اور حنجری تسدد (laryngeal obstruction) میں بہر کے ناگہانی حملے دَمہ سے قریبی مشابہت رکھ سکتے ہیں۔ ہسٹیریائی حملے بھی اُس سے مشابہ ہو سکتے ہیں۔ اس امر کی دریافت کے لئے کہ آیا مریض کسی خاص خارجی پروٹین کی حساسیت رکھتا ہے، جلدی تعاملات (skin reactions) وسیع طور پر مستعمل ہیں۔ ضد سمی مصل (antitoxic serum) کا اشراب کرنے سے پہلے ایسا امتحان گھوڑے کے

مصل کے لئے کر لینا چاہیئے، کیونکہ اُس اشراب سے بہت سے ربوی مریض ہلاک ہوگئے ہیں۔ دَمہ عضوی مرض کا نتیجہ بھی ہو سکتا ہے اور یہ امر شعبہ بینی (bronchoscopy) کے ذریعہ دریافت ہو سکتا ہے۔

تحریز۔ حمۃ القش اور دَمہ دونوں میں خاص مقصدِ علاج حملوں کی رُوک تھام ہے۔ حمۃ القش میں گھانس کے زمانہ (hay-time) میں اضلاع میں رہنے سے محترز رہنا چاہیئے۔ اگر مریض باہر جائے تو آنکھوں یا ناک پر ایک نقاب (veil) پہن لے۔ کہتے ہیں کہ کیلسیم لیکٹیٹ (calcium lactate) کے داخلی استعمال سے حمۃ القش کے لئے حساسیت کم ہو جاتی ہے۔ ناک کی عظامِ مفتولہ (turbinals) پر کے بعض مقامات کو کوکین لگانے کے بعد مکواۃ برقی (electric cautery) سے آہستہ سے چھو کر متہیج کیا جاتا ہے۔

جُذریہی علاج (vaccine therapy) کے اصول پر بہت کچھ کام کیا گیا ہے (18)۔ مریض جس زیرہ کی حساسیت رکھتا ہے اُس زیرے کے مُرَقّق خلاصہ جات کے تحت الجلدی اِشراب سے بہت سی اصابتوں میں علامات میں تخفیف اور حساسیت میں کمی کی جا سکتی ہے۔ دس لاکھ میں ایک حصّے والا آبی محلول ایک اکائی (یُونٹ) کے طور پر پانچ لاکھ میں ایک حصّہ والا دو اکائیوں کے طور پر، ایک لاکھ میں ایک حصّہ والا دس اکائیوں کے طور پر لیا گیا ہے، اور علیٰ ہٰذالقیاس۔ متوقع حملہ سے ترجیحاً دو یا تین ہفتے پہلے نہایت کمزور محلول کی ایک سی۔سی کا اِشراب کر دیا جاتا ہے اور بڑھتی ہوئی مقداروں کا، یا بڑھتی ہوئی طاقت کے محلولات کی اسی ایک سی۔سی کی مقدار کا، ہر تیسرے یا چوتھے دن اشراب کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ بارہ یا زائد خوراکیں دیدی جائیں۔ شخصی حساسیت کے امتحان کے لئے فری مَن (Freeman) اکائیوں میں محلول کی وہ طاقت دریافت کرتا ہے، کہ جس سے عینی تعامل (ophthalmic reaction) حاصل ہو جائے، اور اسی طریقہ امتحان سے وہ اپنی بعد کی خوراکوں کی تنقیح کرتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ ہزار میں ایک حصّہ والا محلول، اتم طاقت ہے جو مناسب ہے۔

دَمہ کے متعلق اہم ترین امر یہ ہے کہ حتی الامکان کامل ترین حالتِ صحت میں رہنا چاہیئے۔ بالخصوص کام کی زیادتی سے پرہیز کرنا چاہیئے۔ باقاعدگی کے ساتھ

ورزش (exercise) کرنی چاہئے اور تعطیلیں کافی لینی چاہئیں۔ بعض اشخاص ایسے ہیں کہ جو لندن اور بڑے شہروں میں دَوروں سے محفوظ رہتے ہیں لیکن اگر وہ اضلاع میں رہنے کی کوشش کریں تو انھیں فی الفور دَورہ ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس دوسرے اشخاص ایسے ہوتے ہیں جو صرف اضلاع میں رہ سکتے ہیں اور اگر شہروں میں رہیں تو انھیں دمہ کے دَورے ہو جاتے ہیں۔ اسی طرح سمندر کی ہوا بعضوں میں دَورے پیدا کر دیتی ہے اور دوسروں کو اچھا کر دیتی ہے۔ کسی مریض کے متعلق یہ واقعات محض تجربہ کرنے سے معلوم ہو سکتے ہیں۔ عموماً مریض اونچی زمین پر بہتر رہتے ہیں۔

اس کے بعد جو امور غور طلب ہیں وہ یہ ہیں کہ کس طرح غذا میں اعتدال اور احتیاط عمل میں لائی جائے۔ غذا ہلکی اور بہ آسانی ہضم ہونے والی ہونی چاہئے۔ شب کا کھانا بھاری نہ ہونا چاہئے۔ اور وقتاً فوقتاً خاص خاص غذاؤں، مثلاً پنیر، مٹھائیوں، سور کے گوشت، بیر کو غذا سے خارج کرکے دیکھنا چاہئے کہ ان میں سے کوئی شئے نقصان رساں تو نہیں ہے۔ سینکی ہوئی ڈبل روٹی (toasted bread) اور خوب سینکے ہوئے بسکٹ کھانے چاہئیں۔ نشاستہ آمیز (farinaceous) غذاؤں کو پانی میں اُبالنا چاہئے نہ کہ دودھ میں۔ دودھ کی دوسری غذاؤں، مثلاً بنیجر کی غذا سے پرہیز کرنا چاہئے۔ جگر کے فعل میں مدد دینے کے لئے لیمو یا سنگترہ کے ساتھ ایک اونس ڈیکسٹروز (dextrose) دن میں تین بار تجویز کرنا چاہئے۔ جب مریض فربہ ہو تو ایک قلیل الحرارہ غذا (low calorie biet) کی ضرورت ہے۔ اگر یہ معلوم ہو جائے کہ مریض کسی خاص پروٹین کی حساسیت رکھتا ہے تو اس شئے سے پرہیز کرنا لازم ہے یا اگر ایسا کرنا مشکل ہو تو اس خاص پروٹین سے حساسیت ربائی (desensitization) عمل میں لانی چاہئے۔ پَروں سے تعامل ظاہر کرنے والے مریضوں کے لئے ایک سیمل کی روئی کا تکیہ (capoc pillow) تجویز کیا جاتا ہے۔ غیر نوعی پروٹینی علاج (non-specific protein therapy) کے ذریعہ سے اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ ایک لاکھ میں ایک طاقت والی کاخ کی ٹی۔ ڈی۔ اے ٹیوبرکیولین (Koch's T. D. A. tuberculin) کے ایک سی۔ سی کے ہفتہ واری

تحت الجلدی اشراب استعمال کئے گئے ہیں (19)۔ پیپٹون (peptone) کے اشرابات آرمور کے نمبر ۲ پیپٹون (Armour's No. 2 peptone) کی شکل میں دروں عضلی یا دروں وریدی راہ سے ہفتہ میں دو بار عمل میں لائے جاتے ہیں۔ پہلی خوراک ۰٫۲ سی۔ سی۔ ہے، اور یہ تدریج بقدر ۰٫۲ سی۔ سی بڑھائی جاتی ہے، اور اتم مقدار خوراک ۲ یا ۲٫۵ سی۔ سی ہے۔ اتم مقدار خوراک وہ ہے جو تعامل پیدا کرتے کرتے ناکام رہ جائے، اور اشراب کے چار یا پانچ گھنٹے کے بعد تپش کا امتحان کر کے دیکھنا چاہیئے کہ وہ بلند تو نہیں ہو گئی ہے (20)۔ بعض اوقات ہر کھانے سے ٹھیک پون گھنٹہ پہلے پیپٹون (۰٫۵ گرام) براہ دہن لینے سے کامیابی ہوتی ہے۔ مریض کے اپنے پروٹیوز جو کہ اس کے پیشاب سے تیار کئے جاتے ہیں، تغیر پذیر کامیابی کے ساتھ آزمائے گئے ہیں۔ دوسرے نہایت مختلف الاقسام طریقے بیان کئے جا سکتے ہیں جو شائد ایک عمومی تعامل پیدا کر کے عمل کرتے ہیں جس سے مریض کی عارضی طور پر حساسیت ربائی ہو جاتی ہے۔ سونے کو جانے سے پہلے بیس منٹ کے عرصہ کا گرم غسل، جس کی تپش ۹۸ درجے سے ۱۰۶ درجے فارن ہائٹ تک بڑھتی ہو، ممکن ہے کہ شبانہ حملوں کو روک دے۔ جلد کے ایک رقبہ پر ورا بنفشئی روشنی (ultra-violet light) کی ایک "احمراری معتاد" ("erythema dose") یا لاشعاعوں میں تکشف اسی طرح سے عمل کر سکتا ہے (21)۔ مانٹ ڈورے (Mont Dore) میں ایک گرم مرطوب کرۂ ہوائی میں تکشف استعمال کیا جاتا ہے۔ بعض اوقات فاصل الانف کو مکواۃ برقی سے آہستہ سے چھوڑنے سے حملے رک جاتے ہیں، اور یہ اُس وقت نہایت مفید ہوتا ہے جب کہ ناک میں کوئی تشوہ (deformity) یا سعدانے (polypi) نہوں اور انقباضی ضغطِ دموی (systolic blood pressure) بلندی کی طرف مائل ہو (۱۲۰ تا ۱۶۰ ملی میٹر)۔ دمہ میں ناک کے سعدانوں (polypi) کو کسی بھی حالت میں نہیں نکالنا چاہیئے (16)۔ ایسے ہوا بند کوشک تعمیر کئے گئے ہیں جن میں مریض سوتا ہے اور ۱۰۰ فیٹ کی بلندی سے کھینچی ہوئی ہوا جو مزید برآں تبرید کے ذریعہ مولڈز (moulds) سے اور بھی پاک کر لی گئی ہو، ترویح کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ چونکہ مریض چوبیس گھنٹوں کے بیشتر حصے میں ان کرۂ ہوائی مادوں سے محفوظ رہتا ہے، لہٰذا وہ

حملوں سے محفوظ رہتا ہے (22)۔ لائکر آرسینی کیلس (liquor arsenicalis) فی خوراک
۵ قطرے (mm.)، برومائڈز (bromides) اور بالخصوص پوٹاسیم آیوڈائڈ روزانہ ۳۰
گرین تک کی خوراکوں میں یہ سب حملوں کا آغاز روکنے کے لئے نہایت مفید ادویہ
ہیں۔ کیلومل (calomel) کی تھوڑی خوراکوں سے ہلکے اسہال لانا بھی مفید ہوتا ہے
اور سیلال (salol) اور دوسرے معوی دافعات عفونت (intestinal disinfectants)
بھی استعمال کئے گئے ہیں۔

جب دمہ سرا بیت کے ہمراہ پایا جائے تو دوسرے مستزاد طریقہائے علاج میسر
ہیں۔ زکام (coryza) کا علاج پیرافین اور ویسلین کے اس آمیزہ سے کرنا چاہئے جو
صفحہ 196 پر بیان کیا گیا ہے۔ تُباق یا انفی افرازات سے خودزاد جُدریات
(autogenous vaccines) تیار کئے جا سکتے یا ایک مذخورہ جُدرین (stock
vaccine) استعمال کی جا سکتی ہے۔ اُن کے استعمال کا بہترین طریقہ درون جلدی
(intracutaneous) ہے، اور مقامی تعامل کی مقدار سے مقدار خوراک کے
متعلق رہنمائی حاصل ہوتی ہے۔ عفونی ماسکات (septic foci) کی تلاش و تدارک
کرنا چاہئے۔

علاج۔ حمۃ القش کے لئے مورل مکینزی (Morell Mackenzie)
آنکھوں اور ناک میں کوکین کے ۴ تا ۶ فی صدی محلول کے رشاش (spray) کی سفارش
کرتا ہے۔ ناک کی صورت میں اس کے بعد روزانہ ایک ویسلین آلودہ یا روغن آلودہ
شمعہ (bougie)، فرش انف کے برابر برابر داخل کرکے پہلے دس منٹ کے لئے اور ازآں بعد
بتدریج بڑھتے ہوئے عرصوں کیلئے حتیٰ کہ نصف گھنٹہ یا زائد عرصہ کے لئے اندر چھوڑ دیا جاتا
ہے۔ ایڈرینین ہائڈروکلورائڈ (adrenin hydrochloride) کے ۵۰۰۰ میں ۱ حصہ
طاقت والے محلول کا ناک یا حلق میں رشاشش کیا جا سکتا ہے۔ جہاں مزمن بیش پرورشی
التہاب انف (chronic hypertrophic rhinitis) موجود ہو وہاں متورم غشائے
مخاطی پر کوکین کے ۲ فی صدی محلول کے ابتدائی استعمال کے بعد گیلوانی مکواۃ (galvano-
cautery) کا استعمال کرنا بہ سرعت شفا بخش معلوم ہوتا ہے۔
دمہ کا حملہ روکنے کے لئے ایڈرینین ہائڈروکلورائڈ (۱۰۰۰ میں ۱ حصہ) کے

۱ تا ۲ قطروں کا اِشراب نہایت یقینی علاج ہے، اگرچہ اُس کے ۰.۱ بلکہ ۰.۵ ملی میٹر کا درون
عضلی اشراب بھی کیا جاتا ہے۔ ۱۰۰۰ میں ایک حصہ ایڈرینالین (adrenaline) کا رشش
کہ بسمیں فی اونس، اقبضہ گلسرین، ۰.۵ فی صدی کلوریٹون اور ۲ قطرے سلفرس ترشے
(sulphurous acid) کے ملے ہوئے ہوں ایک سہولت وہ طریقہ استعمال ہے۔ مرشہ کو ہاتھ
یا پمپ کے ذریعہ چلایا جاتا ہے یا ایک استوانہ (cylinder) میں کی آکسیجن کو بطور قوت
محرکہ کے استعمال کیا جاتا ہے۔ ایڈرینین کی تالیفی قلمیں (synthetic crystals)

144

(۱ ملی گرام) زبان کے نیچے رکھ کر جذب کرائی جا سکتی ہیں۔ کیفین آیوڈائڈ (caffeine
iodide) (½ ۲ گرین)، یا پائرامڈان (pyramidon) (½ ۴ گرین)، اور ایفیڈرین
(ephedrin) (½ گرین) براہ دہن لی جا سکتی ہے۔ امائل نائٹرائٹ (amyl nitrite)
بھی عام طور پر سونگھی جاتی ہے، یا صبغیہ تبغ صحرائی (tr. lobeliæ æth.)، صبغیہ جوز ماثل
(tr stramoni)، صبغیہ تفاح (tr. belladonnæ)، کلورل ہائڈریٹ (chloral
hydrate)، نائٹرائٹس (nitrites)، یا نائٹروگلیسرین (nitroglycerine) کی اتم
قرابادینی خوراکیں براہ دہن دی جا سکتی ہیں۔ ایک نہایت عام طریقہ علاج یہ ہے کہ
نائٹر کے محلول (nitre solution) میں سیر شدہ کاغذ کو خشک کر کے اور اُسے جلا کر
اُس کے بخارات کا استنشاق کیا جائے، یا جوز ماثل (stramonium) کے کٹے ہوئے
پتوں سے بنائے ہوئے سگریٹ پیے جائیں، یا جوز ماثل کے دوسرے مجوزات استعمال
کئے جائیں۔ استنشاق (inhalation) یعنے دھواں لینا با قاعدہ علاج کرنے کا ایک
بُرا طریقہ ہے کیونکہ اُس سے شعبی غشائے مخاطی میں خراش پیدا ہو کر شعبی التہاب
(bronchitis) نمودار ہو جاتا ہے۔

مریض کو ایک آکسیجنی خیمہ (oxygen tent) کے اندر آکسیجن (oxygen)
اور کاربن ڈائی آکسائیڈ (carbon dioxide) دے کر حالت دمہ (status asthmaticus)
کو واقع ہونے سے روکا جا چکا ہے (49)۔ مصنف نے دروں ریوی دباؤ کو بڑھا کر چند
حملے روک دیئے ہیں (ملاحظہ ہو ریوی تہیج)۔ اگر بہت شعبی التہاب ہو تو آکسیجنی خیمہ
بلا کاربن ڈائی آکسائیڈ کے نفع بخش ثابت ہوتا ہے۔

بڑے شعبات کا تسدد

جہاں تک پچکاؤ کے مختلف اسباب کا تعلق ہے، وہ بڑے شعبات قصبۃ الریہ سے قریبی مماثلت رکھتے ہیں، اور جو کچھ قصبی تسدد کے عنوان کے تحت کہا گیا ہے اس میں سے بہت کچھ یہاں مکرر بیان کیا جا سکتا ہے۔ پچکاؤ یا تنگی (stricture) کے باعث جو تسدد پیدا ہوتا ہے وہ ریوی سرطان، انورسما، اجسام غریبہ یا ایسے شعبی غدد کا نتیجہ ہوتا ہے جو خبیث بالیدگی سے یا تجبن (caseation) اور تقیح (suppuration) سے بڑے ہو گئے ہوں۔ نسبتاً کم عام طور پر مری کا سرطان سلعہ (epithelioma of the oesophagus) صمغیہ (gumma)، بلکہ ایک متسع بایاں اذین بھی شعبہ کو دبا سکتا ہے۔ یہ امر اہم ہے کہ محراب اورطی کے انورسما سے بائیں شعبہ کے پچکاؤ کا خاص امکان ہے، کیونکہ بایاں شعبہ اسی محراب کے نیچے سے گزرتا ہے۔ چونکہ دایاں شعبہ نسبتاً بڑا ہوتا ہے، لہذا اجسام غریبہ زیادہ اکثر اسی کے اندر گر جاتے ہیں۔ اور چونکہ دونوں شعبات کے درمیان فصل پیدا کرنے والا حید خطِ وسطی سے کسیقدر بائیں جانب کو ہوتا ہے، لہذا قصبہ کے مرکز میں گرنے والے اشیاء اس کی دائیں شاخ کے اندر چلے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ کھانسنے میں وہ قصبہ کے اندر دھکیل دیئے جائیں اور اسی یا متقابل شعبہ کے اندر واپس گر جائیں۔

شعبہ کے تسدد کے بعد شُش کے متناظر حصے اور اس شعبہ کے بعدی نقسامات میں اہم تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ بالآخر ہر اصابت میں یہ شُش ھبوط ہو جاتا ہے کیونکہ جب ہوا کا باہمی تبادلہ تمامتر موقوف ہو جاتا ہے تو باقی ماندہ ہوا کو ریوی عروق جذب کر لیتے ہیں۔ آخرکار ریوی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک سریع الوقوع کامل تسدد میں، جیسا کہ ایک جسم غریب کے انغراز (impaction) سے ہو جاتا ہے، یہ ہبوط بہت جلد واقع ہوتا ہے لیکن جب یہ پچکاؤ بتدریج ہوتا ہے، جیسے کہ ایک انورسمائی تاچہ (aneurysmal sac) کی صورت میں، تو ابتداءً ہوا سے شُش کا انتفاخ ہوتا ہے جس سے ممکن ہے کہ قلب اپنی جگہ سے باہر دھکیل دیا جائے، اور ڈائفرام نیچے کی طرف

ہٹ جائے (Newton Pitt)۔ ایک ڈھیلا جسم غریب بھی ایک گولہ گھسو مصراع (ball & socket valve) کی طرح عمل کرکے، ایسا ہی اثر پیدا کردیتا ہے۔

اس کا ایک اور اثر تمدد الشعب (bronchiectasis) ہے جو دو یا تین ماہ کے عرصہ میں نمو یاب ہوسکتا ہے۔ جب جسم غریب ایک پی نٹ[1] (pea-nut) ہو تو بالکل جلد ہی نہایت خطرناک التہاب پیدا ہوجانے کا اندیشہ ہوتا ہے۔ اجسام غریبہ ذیل کی دیگر پیچیدگیاں پیدا کرسکتے ہیں:۔ پھوڑے، اور حاد اصابتوں میں کبھی کبھی استرواح الصدر (pneumothorax) یا تقیحی استرواح الصدر (pyo-pneumothorax)، اور طویل المدۃ قائم شدہ اصابتوں میں تقیح الصدر (empyema) یا وافر نفث الدم (hæmoptysis) - (23)

علامات اور طبیعی امارات۔ یہ تسدد کے درجہ اور اس کی پیدائش کی سرعت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اور چونکہ مقابل انبوبہ اکثر غیر ماؤف ہوتا ہے اور اس طرح صرف نصف تنفسی رقبہ میں مداخلت ہوتی ہے، لہٰذا وقوع ہلاکت سے پہلے شعبہ زیادہ کامل طور پر مسدود ہوتا ہے، اور قصبۃ الریہ اتنا کبھی نہیں ہوتا۔

ابتداءً سکون یا مشقت کی حالت میں بُہر (dyspnœa) ہی ایک مستقل علامت ہوتی ہے، اور کبھی کبھی صَرصَرہ (stridor) اور خفیف نفث الدّم ہوتے ہیں لیکن دونوں بڑے شعبات میں سے کسی ایک کا تسدّد اختناق (asphyxia) کے ویسے ہی دَورے پیدا کرسکتا ہے جیسے کہ قصبی تسدد میں واقع ہوتے ہیں۔ تمدّد الشعب نمو یاب ہوجانے پر کھانسی، بدبودار بساق کا نفث، اور حموی تعامل نمایاں علامات ہوجاتے ہیں۔

خاص طبیعی امارت حویصلی خریر (vesicular murmur) کی غیر موجودگی یا اُس کی انتہائی کمزوری ہے، جو مقابل جانب پر بڑھے ہوئے اصواتِ تنفس کے مقابلہ میں شدید تضاد پیش کرتی ہے۔ یہ بعض اصابتوں میں کچھ وقت کے لئے ایک ہی منفرد طبیعی امارت ہوسکتی ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ گمک کامل طور پر طبعی ہو۔ لیکن اُن اصابتوں میں جن میں شُش کا انتفاخ واقع ہوجاتا ہے، قرع کرنے پر بیش گمک موجود ہوگی، اور ساتھ ہی یہ گمک قلبی رقبہ تک پھیلی ہوئی ہوکر قلب کی

[1] ایک پھلی جو کہ کھانے اور تیل نکالنے کے کام آتی ہے (سٹینڈرڈ ڈکشنری۔ عبدالحق)۔

غیر وضعیت کا ثبوت موجود ہوگا، جس کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ استرواح الصدر (pneumothorax) کے ساتھ قریبی مشابہت ہو جائے۔ ان اصابتوں میں بالآخر اور دوسری اصابتوں میں نسبتہً بہت جلد ہوا کے جذب ہو جانے پر ماؤف قاعدے پر اصمیت (dulness) ہوتی ہے اور ساتھ ہی لمسی ارتعاش گھٹا ہوا ہوتا ہے۔ یہ بڑھ کر یہ حالت ہو سکتی ہے کہ اصوات تنفس (breath sounds)، بولنے کے اصوات (voice sounds)، لمسی ارتعاش اور قرعی گمک تمامتر غائب ہوں۔ اگر تمدد الشعب کے کہفے بڑی حد تک بن جائیں تو مندرجۂ بالا طبیعی امارات کے بجائے ایک یا دوسرے چھوٹے رقبہ پر نطبلی قرعی سُر، کہفی تنفس (cavernous breathing)، چٹخنے والے (crackling)، متغرغر (gurgling) لغطات (râles)، شعبہ صوتی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) موجود ہو سکتے ہیں۔

تشخیص۔ عمدہ گمک کے ساتھ سینہ کی ایک جانب پر اصوات تنفس کی تقریباً کامل غیر موجودگی کا اجتماع تناظر شعبہ کے تسدد کی نہایت مخصوص و ممیز علامت ہے۔ جب تسدد کے ساتھ صرصرہ (stridor) موجود ہو تو اس پر غلطی سے شعبی التہاب کا گمان ہو سکتا ہے۔ متذکرۂ بالا سبب سے ہونے والا صرصرہ (stridor) مستقل اور یکساں نوعیت کا ہوتا ہے، کیونکہ وہ ایک واحد نقطۂ تسدد سے پیدا ہوتا ہے، لیکن شعبی التہاب کے خرخرات (rhonchi) اپنی بلندی (loudness)، درجہ ارتفاع (pitch) اور مقام و توقع میں ہمیشہ بدلتے رہتے ہیں۔

شعبہ کے ایسے بچاؤں میں جس کے ساتھ شش کا انتفاخ ہو، بیش گمک کی موجودگی اور ساتھ ہی اصوات تنفس کی غیر موجودگی کے باعث استرواح الصدر (pneumothorax) کی غلط تشخیص کی گئی ہے۔ ایسی اصابتوں میں ممکن ہو کہ شعاع نگاشت (radiogram) سے بچاؤ کی حالت میں انور ساکی موجودگی، یا استرواح الصدر کی حالت میں ریڑھ کی جانب باز کشیدہ (retracted) شش کی موجودگی ظاہر ہو جائے۔

لیکن اس کے برعکس جب ضیق (stenosis) شش کا کم و بیش ہبوط (collapse) پیدا کر دیتی ہے، جیسا کہ اس کو بالآخر پیدا کرنا ہی چاہئے، تو طبیعی امارات اُن علامات سے مشابہ ہوتے ہیں جو ایک جزءً جذب شدہ پلیورائی انصباب

(pluritic effusion) کے باعث ہوتے ہیں، اور ایسی صورت میں آخری فیصلہ کے لئے ایک استقصائی پچکاری (exploring syringe) کی ضرورت ہوسکتی ہے۔

جہاں اجسام غریبہ کا سوال ہو تو بلاشبہ سرگذشت مرض پر احتیاط کے ساتھ غور کرنا چاہئے۔ بہت سے اجسام غریبہ لاشعاعوں سے غیر شفاف نظر آتے ہیں۔ مناسب اصابتوں میں شعبہ بین (bronchoscope) استعمال کرنا چاہئے۔

انذار۔ اس کا انحصار تسدد کی نوعیت اور التہابی تعامل کے درجہ پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ششش میں کسی جسم غریب کی انتہائی برداشت پیدا ہوجائے جیسا کہ اس واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایسی اصابتیں مواظبت تمدد الشعب اور کیفیت ششش کے ساتھ چھبیس سال تک قایم رہی ہیں (23)۔

علاج۔ قصبہ کے تسدد کے علاج سے مشابہ ہے۔

ششوں کا نفاخ

(EMPHYSEMA OF THE LUNGS)

نفاخ کی اصطلاح (εν بمعنی اندر اور φυσα بمعنی ہوا) بجا طور پر ہوا کی اس وعابدری کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جو کہ تحت الجلدی اور دوسری بافتوں کے اندر (جراحی نفاخ= surgical emphysema) یا پھیپھڑوں کی بین لختکی یا بین خلائی بافت کے اندر (بین خلائی نفاخ =interstitial emphysema) ہو۔ اس مرض شش کے لئے جس پر اب بحث کی جائے گی اس کا اطلاق بہت کم موزوں ہے، تاہم طبی محاورہ میں یہ عموماً اسی مرض کے لئے محفوظ رکھی جاتی ہے۔ ششش کے جوفیزوں میں قدرتی طور پر بھی ہوا ہوتی ہے۔ زیر بحث مرض میں وہ غیر طبعی طور پر منتفخ ہوجاتے ہیں، اور یہ کہہ سکتے ہیں کہ ان میں حد سے زائد ہوا موجود ہوتی ہے۔ اس حد تک تو نفاخ (حویصلی نفاخ= vesicular emphysema) کا نام بجا ہوسکتا ہے۔ تاہم جوفیزی تمدد (alveolar ectasis) کا نام جو پیش کیا گیا ہے، نسبتہً زیادہ صحیح ہے۔

بحث اسباب اور امراضیات - نفاخ کی پیدائش میں کئی عاملات حصہ لیتے ہیں۔ ان میں سے بعض مزمن شعبی التہاب (chronic bronchitis) میں کارفرما ہوتے ہیں جو اس حالت کا سب سے زیادہ عام سبب ہے۔ (۱) کھانسنے کے فعل سے ذرا پہلے بند مزمار (glottis) کے پیچھے پھیپھڑوں میں دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔ یہ امر دموی رسد میں اس لئے مداخلت کرتا ہے کہ ریوی خون کا دباؤ کم ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رفتہ رفتہ ششی بافت کا انحطاط واقع ہو جاتا ہے

146

(۲) کھانسنے کے اختتام پر ایک گہرا شہیق (inspiration) لیا جاتا ہے، جس سے جوفیزوں کا انتفاخ ہو جاتا ہے، ان کی دیواریں تن جاتی ہیں اور عروق شعریہ تنگ ہو جاتے ہیں، اور اس کا بھی یہی نتیجہ ہوتا ہے کہ دموی رسد میں مداخلت ہوتی ہے۔ (۳) عضلات جو قوت دوران شہیق میں بروئے کار لاتے ہیں وہ اس قوت کی بہ نسبت زیادہ ہوتی ہے جو کہ دوران زفیر (expiration) میں بروئے کار لائی جاتی ہے، کیونکہ آخر الذکر فعل زیادہ تر پھیپھڑوں کی لچکدار بازگشت (elastic recoil) ہی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اگر شعیات افراز سے جزئی طور پر مسدود ہوں تو باوجود اس تسدد کے دوران شہیق میں ہوا جوفیزوں کے اندر کھنچکر آسکتی ہے لیکن دوران زفیر میں پھر اُن سے باہر نہیں نکل سکتی۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جوفیزے مستقلاً منتفخ ہو جاتے ہیں۔ یہی عامل دمہ کی حالت میں بھی بروئے کار آتا ہے، جہاں تسدد شعبی عضلات کے انقباض کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ تسدد ایک مصراع کے طور پر عمل کرتا ہے، یعنی ہوا کو اندر تو آنے دیتا ہے لیکن پھر باہر نہیں جانے دیتا۔ (۴) خیال کیا جاتا ہے کہ شیشہ گروں یعنے کانچ پھونکنے والوں (glass-blowers)، پھونک کر باجا بجانے والوں اور ان لوگوں میں جو محنت طلب پیشوں میں مشغول رہتے ہیں، اور جنھیں یا تو ہوا کی ایک دھیمی منضبط رو کی رسد پہنچانے کے لئے یا بازوؤں کے استعمال کے لئے ایک سہارا دینے کا نقطہ (point d'appui) مہیا کرنے کے لئے اپنے سینے مسلسل پھلائے ہوئے رکھنے پڑتے ہیں، جوفیزی دیواریں زیادہ طویل عرصہ تک تن کر کھنچ جاتی ہیں۔ لیکن تازہ مشاہدات نے اس امر کو مشتبہ کر دیا ہے (24)۔ (۵) سالہا سال کے عرصہ میں پھیپھڑوں کی لچکدار بافت بتدریج

بوسیدہ ہوجاتی ہے اور معمر اشخاص کا خرد ششی نفاخ (small-lunged emphysema) پیدا کر دیتی ہے۔ (۶) جب شش کا کوئی حصہ بوجہ مرض سکڑ جاتا یا التہابی ماصلات یا نومایہ سے در ریختہ (infiltrated) ہو جاتا ہے، تو وہ دوران تنہیق میں پھیل نہیں سکتا۔ ایسی صورت میں قرب وجوار کے جوفیزوں کا پھیلاؤ زیادہ ہوجانا چاہیئے تاکہ خالی جگہ پر ہوجائے۔ اسے تعویضی نفاخ (compensatory emphysema) کہتے ہیں۔ مذکورہ بالا مختلف ذرائع کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نفاخ میں ہم پہلو جوفیزوں کے درمیانی فاصلے مذبول (atrophied) ہوجاتے ہیں۔ جلد ہی فاصل کے آرپار ایک انثقاب قایم ہوجاتا ہے۔ پھر پورا فاصل تلف ہوکر دونوں جوفیزے ایک بن جاتے ہیں۔ اس عمل میں نہ صرف لچکدار بافت، بلکہ ریوی عروق شعریہ کا وہ پورا جال بھی جو فاصل میں موجود ہوتا ہے، غائب ہوجاتا ہے۔ اگر یہ عمل پھیپھڑوں کے طول و عرض میں وسیع طور پر مکرر ہوتا رہے تو اول تو یہ ہوتا ہے کہ ہوائی فضائیں بہت بڑی ہوجاتی ہیں، اور بہت سے مقامات پر ششی بافت کے بڑے بڑے چھالے بن جاتے ہیں جن میں صرف ہوا موجود ہوتی ہے۔ دوم، شش کی وہ لچک جو زفیر (expiration) کے لئے ضروری ہے، معمول کی نسبت بہت کم ہوجاتی ہے۔ سوم، وہ عروقی رقبہ جو خون کے تہویہ کے لئے کارآمد ہوتا ہے بہت گھٹ جاتا ہے۔ اور چہارم، بیشتر اصابتوں میں پھیپھڑے بجائے خود بہت بڑے ہوجاتے ہیں۔

لچک کے جاتے رہنے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ زفیر زیادہ مشکل ہوجاتا ہے۔ پھیپھڑوں کی جسامت کی زیادتی کے علاوہ، سینہ چوڑائی اور گہرائی میں بڑا ہوجاتا ہے اور وہی شکل اور وضع مستقلاً اختیار کر لیتا ہے جو کامل تنہیق (inspiration) کیلئے مخصوص ہے۔ سینہ کی حرکت پذیری (mobility) بہت کم ہو جاتی ہے، کیونکہ اس کی وسعت (range) کامل تنہیق اور کامل زفیر کے درمیان ہونے کے بجائے محض تنہیق کے مختلف درجات کے درمیان ہوتی رہتی ہے۔ گیسوں کا باہمی تبادل کم کامل طور پر ہوتا ہے۔ یہ اس امر سے ظاہر ہوتا ہے کہ شریانی خون میں CO_2 کے دباؤ کے لئے جو قیمتیں پائی جاتی ہیں، وہ معمول کی نسبت بہت زیادہ ہوتی ہیں

درحقیقت CO_2 کی ترشہ دمویت (acidæmia) موجود ہوتی ہے، جو شدید بُہر پیدا کردیتی ہے۔ شریانی خون کی آکسیجن سے سیر شدگی بھی ممکن ہے معمول کی نسبت کم ہو (7)۔ عام طور پر قلوی محفوظ میں زیادتی ہوجاتی ہے جو کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کے احتباس کی تلافی کردیتی ہے۔

ایک اور اہم امر پھیپھڑوں میں شعری رقبہ کا ضائع ہوجانا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ریوی دوران خون میں ایک تسدد پیدا ہوجاتا ہے۔ شریان ریوی اور دائیں بُطین میں تناؤ بڑھ جاتا ہے، دایاں بُطین بیش پرورده (hypertrophied) ہوجاتا ہے، اور بالآخر قلب کے دائیں جانب کا اتساع (dilatation) ہوجاتا ہے لہٰذا وریدی نظام محتقن (engorged) ہوجانے سے جگر کی کلانی اور امتلاء، پاؤں ٹانگوں اور دھڑ کا تہبج اور البیومن بولیت پیدا ہوجاتی ہے۔ معمر اشخاص میں قلب کا چپ جانبی (left-sided) اتساع اور ساتھ ہی عصلۂ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) بھی ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ وہ پھیپھڑا جو کلاں ششی نفاخ (large-lunged emphysema) سے ماؤف ہو امتحان بعدالموت کے وقت سینہ کھولنے پر پچکتا نہیں، بلکہ روزن کے اندر سے باہر اُبھر آتا ہے۔ ایسا پھیپھڑا نرم اور بے لچک ہوتا ہے، اور اُنگلی سے دبانے پر دب جاتا ہے ("تنقیر" = "pitting")۔ اُس کے مختلف حصوں میں، اور خاص کر اس کی اندر کی اور نیچے کی کوروں میں، ٹریا سُپاری کے برابر بڑے چھالے نظر آسکتے ہیں، اور یہ شُش غیر معمولی طور پر پھیکے رنگ کا اور خون سے معرّا اور دھبّے دار (mottled) رمادی رنگ کا ہوتا ہے۔ تراشنے پر بڑے چھالے پچک جاتے ہیں۔ اور سارا عضو معمول کی 147 نسبت زیادہ خشک نظر آتا ہے، باستثناء بعض حصوں کے، جیسے کہ قاعدے، جہاں ممکن ہے کہ پیچیدگی پیدا کرنے والے (complicating) شعبی التہاب یا اُذیما رہ چکے ہوں۔

ایک دوسری قسم (خرد ششی نفاخ = small-lunged emphysema) معمر اشخاص میں ایک شیخوخی (senile) ذبولی تغیّر کے طور پر واقع ہوتی ہے،

اس میں شش بڑا نہیں ہوتا، اور چھالوں کی تعداد زیادہ نہیں ہوتی۔ فاصلات مذبول ہو جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جو فیزے باہم متحد ہو جاتے ہیں اور شش سکڑا ہوا، بے لچک، خشک اور پھیکے رنگ کا ہو جاتا ہے، اور معمول کے نسبت کم کامل اسفنجی ساخت پیش کرتا ہے۔

پھیپھڑوں کے بعض حصوں، بالخصوص راسین، اگلے حاشیوں اور زیرین کوروں میں نفاخ کا نسبتہً زیادہ نمویاب ہونا جینر (Jenner) کی رائے کے مطابق حسب ذیل توجیہ رکھتا ہے:۔۔ جب ہوا سینہ میں زیادہ دباؤ کے تحت محبوس رہتی ہے جیسا کہ کھانستے وقت یا کوئی بڑی عضلی مشقت کرتے وقت، تو اندر سے ہوا کے دباؤ کے باعث سینہ کے وہی حصے باہر ابھر آئیں گے جنھیں گرد و پیش کی بافتوں کا سہارا سب سے کم حاصل ہے۔

علامات اور طبیعی امارات۔ نفاخ کے علامات ابتداءً صرف سانس کا پھول جانا ہے۔ کھانسی اور نفث جو عموماً موجود رہتے ہیں، ساتھ موجود رہنے والے شعبی التہاب کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ بہر (dyspnœa) ابتدائی درجوں میں بالخصوص مشقت کرنے یا زور لگانے (exertion) پر دیکھا جاتا ہے، جب کہ سانس تیز ہو جاتی ہے اور مریض ہانپنے لگتا ہے۔ ازاں بعد بہر ہمیشہ موجود ہو سکتا ہے، اور رات کے وقت انتصابی تنفس (orthopnœa) پیدا کر دیتا ہے۔ بہر کی بدترین شکلوں میں تنفس کے غیر معمولی عضلات ہمیشہ کام کرتے رہتے ہیں، ترقوی ہڈیاں اوپر اٹھی ہوتی ہیں، اور قصی حلمی عضلات (sterno-mastoids) اور مختلف الاضلاع عضلات (scaleni) ہر شہیق کے ساتھ کھڑے ہو کر جزری ہوا (tidal air) کو زیادہ کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔ زفیر (expiration) لمبا، بامشقت (laboured)، اور عضلات شکم کی انتہائی مدد سے ہوتا ہے۔ طبیعی امارات ممیز ہوتے ہیں۔ سینہ چوڑا، سامنے سے پیچھے کے رخ میں گہرا، لیکن کوتاہ (short) ہوتا ہے۔ اس کی کلائی کی وجہ سے، اور اس وجہ سے کہ پیش پس قطر کی زیادتی آسے عرضاً بیضوی کے نسبت زیادہ تر مدور شکل کا بنا دیتی ہے، سینہ اکثر پیپے کی شکل کا (barrel-shaped) کہلاتا ہے۔ شانے اوپر اٹھے ہوئے ہوتے ہیں۔ معمول کی نسبت بالائی پسلیاں ایک

دوسرے سے زیادہ قریب تر، اور زیریں پسلیاں ایک دوسرے سے زیادہ دُور ہوتی ہیں۔ اور شراسیفی زاویہ نہایت منفرج (obtuse) ہوتا ہے اور اس کا ناپ ۱۰۵ درجے یا زائد ہوتا ہے۔ پسلیوں کا ارتفاع، بھٹنی اور صدم القلب (heart's impulse) کے اضافی مقامات کو بدل دیتا ہے۔ بھٹنی اکثر پانچویں پسلی پر، اور صدم القلب چھٹی فضا میں پایا جاتا ہے۔ سینہ کے جو حصے معمولاً گمکی ہوتے ہیں اُن پر قرع کرنے سے غیر معمولی طور پر زیادہ گمک حاصل ہوتی ہے اور جو رقبے معمولاً اصم (dull) ہوتے ہیں اُن پر گمک کی توسیع ہو جاتی ہے۔ اس طرح کبدی اور قلبی اصمیت میں مداخلت ہو جاتی ہے، اور دایاں شش نیچے کی طرف چھٹی فضا، یا ساتویں پسلی تک گمکی ہوتا ہے، اور قلب کی اوپری اصمیت (superficial heart dulness) اکثر بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ استماع کرنے پر اصوات تنفس بہت کچھ گھٹے ہوئے ہوتے یا بمشکل سنائی دیتے ہیں، لیکن ممکن ہو کہ جب ہمزمان شعبی تشنج ہو تو زفیری خرخر (expiratory murmur) بہت لمبا ہو جائے، اور خرخرات (rhonchi) بھی سنائی دے سکتے ہیں۔

پھیپھڑوں کی کلانی، دوسرے اعضاء سے متعلق اِمارات کو بھی متاثر کرتی ہے۔ چونکہ شش کا معمول کی نسبت ایک زیادہ بڑا حصہ قلب اور دیوار سینہ کے درمیان واقع ہوتا ہے، ممکن ہے کہ صدم القلب پانچویں فضا میں غیر محسوس ہو، اصوات قلب دھیمے (faint) ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اتساع (dilatation) یا بیش پروردگی (hypertrophy) پوشیدہ ہو جائے۔

خُردششی نفاخ میں سینہ اپنے خاکے میں زیادہ مدوّر ہوتا ہے لیکن بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ پھیپھڑے قلب کو نہیں ڈھانکتے، اور قلب بیش پروردہ نہیں بلکہ مذبول ہوتا ہے۔ قرعی سُر (percussion note) بیش گمکی ہوتا ہے، اور تنفسی خرخر کمزور ہوتا ہے، لیکن زفیر لمبا نہیں ہوتا۔

دونوں قسموں میں شعبی التہاب کے خرخرات (rhonchi) اکثر موجود ہوتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں اذیما کی وجہ سے پھیپھڑوں کے قاعدوں پر لغطات (râles) ہوتے ہیں اور ساتھ ہی گھٹی ہوئی گمک پائی جاتی ہے۔

پیچیدگیاں ۔ مزمن شعبی التہاب اکثر اوقات موجود ہوتا ہے، خواہ اس کے ساتھ تمدد الشعب ہو یا نہ ہو ۔ معمر اشخاص میں عموماً عضلۂ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) اور اس کے علاوہ قلب کی بائیں جانب نیز دائیں جانب کی بیش پرورش اور اتساع موجود ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ عام اذیما بھی ہو ۔ اکثر شریانی انحطاط (arterial degeneration) موجود ہوتا ہے جسکے ہمراہ شیخوخی شریانی تصلبی گردے (senile arteriosclerotic kidneys) پائے جاتے ہیں ۔ اس قسم کی حالت پر صفحہ 255 پر زیادہ تفصیل کے ساتھ غور کیا گیا ہے ۔

تشخیص ۔ نفاخ کی شناخت کا انحصار گمک کی متغیر نوعیت پر ہوتا ہے، اور بالخصوص گمک کی اس توسیع پر جو بیش قلبی رقبہ (præcordial area) پر اور 148 نیچے کی طرف جگر پر ہو جاتی ہے ۔ خرد ششی قسم میں گمک کی متغیر نوعیت اور بہر خاص مظاہر ہوتے ہیں ۔ رانجنی شعاعیں یہ ظاہر کرتی ہیں کہ تندرستی کی حالت کی بہ نسبت پھیپھڑوں پر ایک زیادہ وسیع اور زیادہ روشن رقبہ، اور ڈائفرام کا محلِ وقوع نسبتہً نیچے اور اس کے حرکات نسبتہً وسیع ہیں ۔

انذار ۔ حقیقی صحت یابی نہیں واقع ہوتی، صرف علامات میں تخفیف ہو جاتی ہے ۔ زندگی کی مدت کا انحصار تغیر کی وسعت، شعبی التہاب کے امکان، اور عضلۂ قلب کی حالت پر ہوتا ہے ۔ بیشتر اصابتوں میں آخری نتیجہ کئی سال کی مدت کے بعد رونما ہوتا ہے ۔

علاج ۔ اس کا منشا یہ ہونا چاہئے کہ مریض کی عام صحت کی اصلاح کیجائے شعبی التہاب کی پیچیدگیوں کے تمام خطرات سے احتراز کیا جائے، اور جب یہ واقع ہو جائیں تو ان میں تخفیف کی جائے ۔ چنانچہ لازم ہے کہ مریض کو مغذی اور ہضم پذیر غذا دی جائے، اس کے ملبوسات مناسب ہوں، وہ گرم، عمدہ ترویح دار کمروں میں رہے اور مشرقی ہواؤں اور شبانہ ہوا سے پرہیز کرے ۔ مقویات، جیسے کہ کاڈ لیور آئیل (روغن جگر ماہی)، لوہا، اسٹرکنیا (strychnia)، اور کونین (quinine) استعمال کئے جاتے ہیں ۔ ضائع شدہ لچکدار بافت کے نقصان کی تلافی کی کوششیں کی گئی ہیں ۔ مثلاً گرہارٹ (Gerhardt) مشورہ دیتا ہے کہ سینہ کا میکانی پچکاؤ عمل میں

لاکر زفیر (expiration) میں امداد پہنچائی جائے۔ اِسے ایک دوسرا شخص سینہ کے زیریں حصہ پر اپنے ہاتھ روزانہ پانچ یا دس منٹ تک رکھ کر انجام دیتا ہے۔ ساتھ موجود رہنے والے شعبی التہاب کا علاج کرنا چاہیے۔ پچکائی ہوئی ہوا (compressed air) کے ذریعہ علاج، جیساکہ برامٹن کے شفاخانہ میں فولادی کوشک (steel chamber) میں کیا جاتا ہے، شہیق میں اندر لی ہوئی آکسیجن کے اِرتکاز (concentration) کی زیادتی پر منحصر ہوتا ہے، اور یہ نفاخ میں مفید پایا گیا ہے، خاص کر اُس وقت جب کہ التہاب شعبی موجود ہو۔ ایک آکسیجن کا خیمہ بھی استعمال کیا جا سکتا ہے۔

ششوں کا ہبوط

(COLLAPSE OF THE LUNGS)

(عدم تمدد الریہ: Atelectasis Pulmonum)

اُن پھیپھڑوں میں جو کبھی کامل طور پر نہ پھیلے ہوں (عدم تمدد = atelectasis)، اور اُن پھیپھڑوں میں جو پھیلنے کے بعد جزوی طور پر پھر جنینی حالت میں آ گئے ہوں (ہبوط) اکثر تفریق کی جاتی ہے۔ عدم تمدد (atelectasis) پیدائشی ہوتا ہے اور نہایت کمزور بچوں میں دیکھا جاتا ہے، جن کے تنفسی حرکات ہوا کی ضروری مقدار کو اندر کھینچنے کے لئے ناکافی ہوتے ہیں۔ وہ اِس وجہ سے اور بھی زیادہ آسانی کے ساتھ واقع ہو جاتا ہے کہ پیدائش کے وقت پھیپھڑے جسم سے خارج ہونے پر تقریباً اُسی جسامت کے پائے جاتے ہیں جو کہفِ صدر کی ہوتی ہے، اور اِس وجہ سے اُن میں ہوا کے جبری ادخال کے لئے، ویسی امتصاصی طاقت (suction power) موجود نہیں ہوتی، جیسی کہ مابعد زندگی میں ہوتی ہے، جب کہ پھیپھڑے کہفِ صدر کی نسبت چھوٹے ہوتے ہیں۔ ہبوط (collapse) ایک اکتسابی حالت ہے، جو پھیپھڑوں میں ہوا کا داخلہ نہ ہونے سے پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ امورِ ذیل کا نتیجہ ہوتی ہے:— (۱) ہوائی راستوں سے ہوا کے داخلہ میں تسدد واقع ہونا، (۲) شش کا باہر سے دب جانا۔

یہ ڈایافرام کے شلل کا نتیجہ نہیں ہوتی، کیونکہ یہ ڈایافرامی عصب کے قلع کے بعد کبھی پیدا نہیں ہوتی۔

(۱) تسدد اس طرح پیدا ہوسکتا ہے۔ لوزتین کی مزمن کلانی، اور انفی بلعوم (naso-pharynx) میں غدودہ کی بالیدگی سے، اور نسبتہً بہت زیادہ اکثر شعبی التہاب کے لزج، مخاطی یا ریمی افراز سے، بالخصوص بچوں میں، اور شعبی ذات الریۃ کے ایک جزو کے طور پر، اور زیادہ معمر اشخاص میں شعبہ کے اُس تضییق سے جو نومایہ (neoplasm) کے باعث، یا انورسما سے، یا پہلے بیان کئے ہوئے دوسرے اسباب میں سے کسی سبب کی وجہ سے واقع ہو جائے۔

(۲) انضغاط (compression) کے اسباب متعدد ہیں:۔ خود سینہ کے اندر وہ بیشتر اوقات پلیورائی انصباب کے باعث ہوتا ہے، لیکن کلانیٔ قلب، گرد قلبی انصباب، واسطی سلعات، اُورطی کے انورسماؤں، اور ریڑھ کے زاویہ انحنا (angular curvature) (تسمی التوا =kypho-scoliosis) کی وجہ سے بھی ہوسکتا ہے۔ شکم میں، جگر کی بالائی سطح سے بڑھنے والے سلعات، بالخصوص کیسات (hydatids)، خراج اور نومایہ، تحت ڈائفرامی خراجات، طحال کے کیسہ، استسقائی زقی سیال، اور بیضی سلعات کے دباؤ کے باعث ہوسکتا ہے۔

(۳) سینہ کے اور بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں کے زخموں میں ایک پورے شش کا کلی ہبوط (massive collapse) واقع ہوسکتا ہے۔ اس کی شرط نہیں کہ زخم کیفۂ سینہ کے اندر چھید کرے، اور زخم سے مقابل جانب کا شش ماؤف ہوسکتا ہے۔ اس حالت کے ساتھ ممکن ہے صدر دمویت (hæmothorax) موجود ہو یا نہ ہو۔ کلی ہبوط کا حادثہ شکمی حالتوں کے عملیہ کے بعد واقع ہونا شاذ نہیں۔ اب اس کی وجہ یہ خیال کی جاتی ہے کہ زیادہ تر نبقہ ریویہ قسم چہارم کے ذریعہ پیدا شدہ التہابی حاصلات شعبی انبوبات کو مسدود کر دیتے ہیں (49)۔ اور اسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہوا حویصلوں میں سے جذب ہو جاتی ہے، اور ہبوط رونما ہوتا ہے۔

149

مرضی تشریح۔ ایک ہبوطی حالت یا عدم تمدد (atelectasis) والا شش

بنفشی یا سیاہ ارغوانی رمادی رنگ کا ہوتا ہے' اور تراشنے پر وہ لوچدار بے ہوا اور خشک ہوتا ہے۔ منفصل چکتیاں عام سطح سے قدرے نیچے بیٹھی ہوئی نظر آتی ہیں۔ تاوقتیکہ بعد میں ان میں التہاب رونما نہ ہوگیا ہو' اسے زور سے منتفخ کرنے پر یہ پھر پھیلائی جا سکتی ہیں۔

علامات۔ پیدائشی عدم تمدد (congenital atelectasis) میں بچہ کمزور اور کم وبیش کبود ہوتا ہے' اور اس کی سانس تیز اور انقلی اور رونا کمزوری کے ساتھ ہوتا ہے۔ ہر شہیق کے ساتھ سینہ کا زیریں حصہ اندر کھینچ جاتا ہے' اور بین الاضلاع فضائیں اندر دب جاتی ہیں۔ امتحان کرنے پر ممکن ہے کہ قاعدوں پر گمک کی تھوڑی کمی اور کبھی کبھی کچھ لغطات (râles) ظاہر ہوں' لیکن خاص طبیعی امارت اصواتِ تنفس کی کمزوری (feebleness) ہے۔ شعبی التہاب کا ہبوط شاذ ہی اتنا کافی وسیع ہوتا ہے کہ استماع سے ظاہر ہو جائے' اور اس کی توزیع لختکی اور منتشر ہوتی ہے۔

جب ہبوط زیادہ وسیع اور یکسانیت کے ساتھ ہوتا ہے تو طبیعی امارات سے اس کے مختلف درجات شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ شش کے عارضی عدم استعمال سے جو ابتدائی ذات الجنب کی وجہ سے ہو' یا طویل ظہری افتادگی (dorsal decubitus) سے ہو قاعدوں پر ایک نہایت خفیف درجہ کا ہبوط پیدا ہو سکتا ہے۔ شش کے ماؤف رقبہ پر استماع کرنے سے صوتِ تنفس نہایت کمزور ہوتی ہے۔ اگر مریض گہری سانس لیتا ہے تو زیادہ بلند حویصلی خریر (vesicular murmur) اور اس کے اختتام پر باریک تکتکات (fine crepitations) ہوتے ہیں' جو ان ہوائی حویصلات کے تازہ پھیلنے کی وجہ سے ہوتے ہیں جو ہنوز ہبوط تھے۔

شعبی تسدد کے باعث واقع ہونے والے ہبوط کے طبیعی امارات ابھی بیان ہو چکے ہیں۔ سیال وغیرہ سے بچکاؤ ہونے کی حالت میں ابتدائی امارات یہ ہو سکتے ہیں:۔ اصمیت (dulness)' گھٹا ہوا لمسی ارتعاش' اور یا تو گھٹے ہوئے یا خفیف طور پر شعبی اصواتِ تنفس۔ کامل ہبوط کی حالت میں طبیعی امارات حسب ذیل ہوتے ہیں:۔ کامل اصمیت (absolute dulness)' اصواتِ تنفس اور لمسی ارتعاش کی غیر موجودگی۔

اُس کلی ہبوط (massive collapse) کی حالت میں جو زخموں کے باعث دیوارِ سینہ کی بازکشیدگی (retraction) کے ہمراہ پایا جائے، اصمیت موجود ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ اصوات تنفس کم اور لمسی ارتعاشِ غیر موجود ہو، لیکن ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ بجائے اس کے بلند شعبی تنفسی اور بڑھا ہوا لمسی ارتعاش موجود ہو۔ دیوارِ سینہ بازکشیدہ، بین الاضلاع فضائیں اندر دبی ہوئی (depressed)، ڈائفرام اوپر اٹھا ہوا اور غیر متحرک، اور قلب ماؤف جانب کے طرف کھنچا ہوا ہوتا ہے۔ جب ماؤف جانب پر صدر دمویت (haemothorax) موجود ہوتی ہے، تو اگرچہ کہ دیوارِ سینہ بازکشیدہ ہوتی ہے، ممکن ہے کہ قلب تندرست جانب کی طرف کھنچا ہوا ہو۔ یہ واقعہ زور کے ساتھ اس امر کی تائید کرتا ہے کہ اولی سبب دیوارِ سینہ کا شلل ہے، کیونکہ آخرالذکر اصابت میں یہ قائم رہتا ہے گو اُسی جانب پر سینہ کے اندر کا دباؤ صدر دمویت کی وجہ سے بڑھ گیا ہو۔ جراحی اعمال کے بعد کلی ہبوط اُس سے زیادہ عام ہے جتنا کہ عموماً سمجھا جاتا ہے۔ غالباً طبیعی امارات کی وجہ سے یہ اصابتیں اکثر ذات الریہ کے طور پر تشخیص ہوجاتی ہیں۔

علامات یہ ہیں:— بُہر، لیکن جب مریض آرام کی حالت میں ہو تو یہ خفیف ہوتا ہے، زراق، اور بعض اوقات درد۔

علاج۔ آکسیجن، معہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کے یا اُس کے بغیر، جو بذریعہ تنفس کے طور پر استعمال کیا جاتی ہے کلی ہبوط کے لئے صحیح علاج ہے، اور نوزائیدہ کے عدم تمدد میں اس سے عمدہ نتائج حاصل ہوتے ہیں، گو کہ ساتھ ہی مصنوعی تنفس کا کوئی نہ کوئی طریقہ بھی ضروری ہوتا ہے (49)۔ ایلیٹ اور ڈنگلے نے سفارش کی ہے کہ منفث ادویہ (expectorant medicines) پوٹاسیئم آیوڈائڈ کے ہمراہ دینی چاہئیں، نیز یہ کہ حتی الامکان تمام شکمی بندشوں (abdominal bandages) کو ڈھیلا کر دینا چاہئے، اور یہ کہ مریض کو ہر گھنٹہ میں پانچ منٹ کے لئے کامل شہیقی مساعی (full inspiratory efforts) جو بالخصوص شکمی طرز کی ہوں عمل میں لانے کی ترغیب دینی چاہئے۔ شعبی تسدد کو شعبہ بینی کے ذریعہ دور کیا جا سکتا ہے۔

اُذیمائے شش

(OEDEMA OF THE LUNGS)

بحث اسباب۔ امتحانات بعد الموت کی غالب تعداد میں پھیپھڑوں کا اُذیما کسی نہ کسی حد تک پایا جاتا ہے، بالخصوص جہاں مریض مرنے سے پہلے کچھ عرصہ تک بستر پر لیٹا رہا ہو۔ اسی وجہ سے وہ ششوں کے قاعدہ پر اور پچھلے کناروں 150 پر نہایت نمایاں ہوتا ہے (رکودی اذیما=hypostatic oedema)۔ علاوہ ازیں وہ بعض امراض سے بالخصوص پیدا ہوجانے کا رجحان رکھتا ہے، جو یہ ہیں :—
عضلۂ قلب کا مرض(myocardial disease)۔ قلب کا مصراعی مرض (valvular disease) اور خاص کر اَورطی بازروی(aortic regurgitation) جس میں وہ حاد طور پر اس طرح پیدا ہوسکتا ہے کہ بائیں بطین کا بسرعت فشل ہوجاتا ہے لیکن دایاں بطین پھیپھڑوں کے اندر خون پمپ کرتا رہتا ہے۔ آب دموتی التہاب گردہ (hydræmic nephritis)۔ حادذات الریوی اعمال کے ساتھ عموماً ایک التہابی اُذیما واقع ہوتا ہے۔ اغتصاصی(suffocative) زہریلی گیسیں پھیپھڑوں کا اُذیما پیدا کردیتی ہیں۔

مرضی تشریح۔ اُذیما سے ماؤف شدہ شش حجم دار(bulky)، اور بھاری ہوتا ہے، اور جب اس میں شگاف دیا جائے تو اس میں سے کسی قدر خون کے رنگ کے جھاگ دار مصل سیال کا ارتشاح بڑی مقدار میں ہوتا ہے۔

علامات۔ ممکن ہے کہ سینہ ابتداءً گمکی ہو، لیکن بعد میں وہ پیچھے قاعدوں کے مقام پر قرعی آواز کی کسیقدر تخفیف(impairment) ظاہر کرتا ہے۔ یہاں اصوات تنفس کمی کے ساتھ (deficient) ہوتے ہیں، اور صرف باریک اور اوسط درجہ کے وافر لغطات سنائی دیتے ہیں۔ حاد قسم (حاد اغتصاصی اُذیما =acute saffocative oedema) میں مریض پر یکایک زفیری بہاؤ، انتصابی تنفس یا کھڑکھڑاہٹ دار تنفس طاری ہوجاتا ہے جو کہ ممکن ہے ایک محافظ میکانیہ ہو۔ شہیقات(inspirations) حتیٰ الوسع بہت ہی چھوٹے ہوجاتے ہیں کیونکہ دباؤ کے

کم ہو جانے سے اذیما کی تکوین کو مدد ملتی ہے۔ اس کے خلاف منقبض شدہ شعیبات کی مزاحمت کے خلاف اطالت پذیر زفیرات کا وقوع (ربوی تنفس asthmatic breathing) ششوں میں دباؤں کو بڑھاتا ہے۔ چنانچہ اس اصول سے علاج میں فائدہ اٹھایا جاتا ہے۔ دیگر علامات یہ ہیں: بے چینی، دم گھٹنے کا احساس، کم و بیش زراق، چھوٹی اور سریع نبض، اور بے رنگ یا خون آلود جھاگدار آبی سیال کی بہت بڑی مقدار کا نفث۔ ممکن ہے کہ یہ حالت جلد ہلاکت پیدا کر دے، یا چند گھنٹوں میں رفع ہو جائے۔ لیکن ممکن ہے کہ چند روز گزرنے تک کوئی نفث نہ ہو، اور فی الحقیقۃ بعض سریع مہلک اصابتوں میں تو نفث بالکل نہیں ہوتا۔ ذات الریہ کے آخری آذیما میں تو اس سارے شش پر جواب تک تندرست تھا لغطات (râles) سنائی دیتے ہیں۔ حال ہی تجربی شہادت سے یہ معلوم ہوا ہے کہ معمر اشخاص میں جو رات کے وقت سانس پھولنے کے حملے یا دوری بہر واقع ہوتا ہے (حوالہ ملاحظہ ہو) بعض اوقات اس کی وجہ حاد ریوی آذیما ہوتا ہے (49)۔

تشخیص۔ ایسے شخص میں جو اپنا معمولی پیشہ انجام دے رہا ہو یکایک طاری ہو جانے والے حاد ریوی آذیما کو اکلیلی علقیت (coronary thrombosis) سے متفرق کرنا چاہیئے، کہ جس میں درد شدت سے ہوتا ہے۔ اس کو ریوی سدادیت (pulmonary embolism) سے بھی متفرق کرنا چاہیئے، جس میں نفث بعد میں ہوتا ہے اور نفث میں زیادہ خون پایا جاتا ہے۔

علاج۔ اگر مریض دوران اصل رکھتا ہو تو پلیش (Plesch) کے بتائے ہوئے آلہ سے کام لینا چاہیئے۔ اصول یہ ہے کہ ششوں کے اندر کی طرف ایک ایسا مثبت دباؤ ڈالا جائے کہ وائیں بطین کی بیش فعالیت رک جائے۔ ہوا ایک موٹر پنکھے کے ذریعہ ایک چست بیٹھنے والے نقاب میں پہنچائی جاتی ہے اور یہ ایک مزاحمت میں سے ہو کر بیرونی ہوا کی طرف نکل جاتی ہے (49)۔ مصنف ہذا اب ایک الیکٹرولکس (electrolux) منفاخ استعمال کرتا ہے، جس میں نقاب کے قریب چپکا ہوا ایک آبی داب پیما (water manometer) ہوتا ہے جو کہ دباؤ ظاہر کرتا ہے اور یہ دباؤ پانی کی تین یا چار انچیں ہونا چاہیئے۔ آکسیجن کے خیمہ سے بھی

نہایت مفید کن عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ نہایت ہی حاد اصابتوں میں فصد (venesection) آزمانی چاہیئے۔

ذات الریہ

(PNEUMONIA)

شعبی انبوبات کے التہاب کے برعکس جرم شش کے التہاب کو ذات الریہ کہتے ہیں۔ جب یہ ایک حاد مرض کی شکل میں ہو تو یہ ہوائی حویصلات کے اندر التہابی حاصلات کا ارتشاح (exudation) پیدا کر کے تجمد (consolidation) پیدا کر دیتا ہے، اور یہ التہابی حاصلات دوران شفایابی میں عموماً جذب ہو جاتے ہیں۔ جب یہ مزمن شکل میں ہو تو یہ ذخنکی بافت کو ایک کثیف لیفی بافت میں بدل دیتا ہے، اور یہ تبدیلی شکل مستقل ہوتی ہے۔ حاد ذات الریہ کی دو تمثیلی قسمیں خصائص ذیل کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے تمیز کی جا سکتی ہیں:— لختی ذات الریہ (lobar pneumonia) ہر عمر میں ہوتا ہے لیکن بالغوں میں زیادہ اکثر ہوتا ہے، یہ شش کے بڑے حصوں کو ایک ہی وقت میں ماؤف کرتا ہے، اور ایک نوعی بیماری مرض کے تمام خصائص رکھتا ہے، چنانچہ اس کی مدت محدود، شفایابی سریع، اور بعض اوقات پھیلاؤ وبائی صورت میں ہوتا ہے۔ شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) خاص کر شیر خواروں، بچوں اور بوڑھوں کو متاثر کرتا ہے، شش کے متعدد چھوٹے چھوٹے رقبوں پر حملہ آور ہوتا ہے، اور اس کا عمر اور طریقہائے آغاز و اختتام نسبتاً بہت کم متعین ہوتے ہیں۔

تجربتاً، خرگوشوں (rabbits) میں ایک بڑے شعبہ کے اندر مختلف قشبیت کے (قسم اول اور قسم چہارم کے) نبقات ریویہ کی کاشتوں کا نفوخ (insufflation) کرنے سے ذات الریہ کا مرض پیدا کر لیا گیا ہے۔ جب قشبیت کم ہوتی ہے تو نبقات ریویہ ایسے جوفیزی نظامات (alveolar systems) میں محصور ہو جاتے یا کھنچ آتے ہیں جو بڑے شعبات کی دیواروں میں سے براہ راست

باہر نکلتے ہیں، اور شعبی ذات الریہ اور اس کے ساتھ جوفیزی درون حلمی خلیوں کا تکاثر (proliferation) پیدا ہوجاتا ہے۔ جب قشبیت زیادہ ہو تو یہ نبقات بہ سرعت زیادہ ہو کر شش کی بافت کے اندر پھیل جاتے، اور لختکی ذات الریہ (lobular pneumonia) پیدا کر دیتے ہیں، اور اگر قشبیت اور زیادہ ہو تو لختی ذات الریہ (lobar pneumonia) پیدا کر دیتے ہیں، جس کے ساتھ ایک کثیر الاشکال نواتی تعامل (polymorphonuclear reaction) اور بعض اوقات ایک مہلک التہاب عروق لمفائیہ (lymphangitis) رونما ہوتا ہے۔ اگر معتاد حد سے زیادہ بڑی ہو تو ممکن ہے کہ نبقات پلیورائی سطح میں سے آر پار گذر کر پھیل جائیں اور ذات الجنب بالانصباب (pleurisy with effusion) اور التہاب مارمور (pericarditis) پیدا کر دیں۔ شدید ترین قشبیت ہو تو ایک سریع مہلک عفونۃ الدموی (septicæmic) حملہ واقع ہوجاتا ہے جب کہ پھیپھڑے صرف ایک چلکتی دار مصلی ارتشاح اور متقشر (desquamating) جوفیزی خلیات اور چھوٹے چھوٹے نزفات، بلاکسی کثیر الاشکال نواتی تعامل کے ظاہر کرتے ہیں، اور یہ مناظر ویسے ہی ہوتے ہیں جو مدارس میں نہایت مہلک وباؤں میں مشاہدے میں آتے ہیں۔ ابتدائی دو یا تین دنوں میں اکثر مثبت دموی کاشتیں (positive blood cultures) حاصل ہوتی ہیں، لیکن بعد میں نہیں ہوتیں۔ اور یہ پایا گیا ہے کہ نبقات سپید جسیمات کے اندر ہوتے ہیں، اور صرف مہلک عفونۃ الدم کی حالتوں میں آزاد ہوتے ہیں۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ کسی نوعی بخار، مثلاً دماغی نخاعی بخار (cerebrospinal fever) یا تپ محرقہ کی ابتداء میں مثبت دموی کاشت کا موجود ہونا یہ ثابت نہیں کرتا کہ وہ سرایت اولی طور پر خونزاد (blood born) ہے۔ اس سے صرف یہی مراد ہوسکتی ہے کہ اس ابتدائی زمانہ میں جبکہ جراثیم ایک خاص مرکز مرض (focus) میں بہ سرعت تکاثر کر رہے ہیں، خلیات آکلہ آزاد ہو کر جو خون کے اندر نکل آتے ہیں اور انتقالی مراکز (metastatic foci) جیسے کہ "گلابی دھبوں" ("rose-spots") کے متعلق صرف یہ ہے کہ یہ وہ مقامات ہیں جہاں یہ دورانی خلیات آکلہ (circulating phagocytes) گرفتار

ہو کر روک لئے گئے ہیں (9)۔ ان مشاہدات سے ظاہر ہوتا ہے کہ ہر قسم کا ذات الریہ اس سرایت کا نتیجہ ہے جو ہوائی راستوں ہی سے واقع ہوتی ہے اور یہ اب عام طور پر تسلیم کر لیا جاتا ہے۔ اس امر کی شہادت پیش کی گئی ہے کہ ادلی ضرر بڑے شعبوں کے مخاط کی ڈاٹوں سے مسدود ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے اور چونکہ یہ ڈاٹیں نبقۂ ریویہ کی صورت میں اس سے زیادہ لزج ہوتی ہیں کہ غنفی نبقہ شعبیہ کی صورت میں لہٰذا آخر الذکر سے شعبی ذات الریہ پیدا ہوتا ہے۔ لختی ذات الریہ میں لاشعاعی سائے (صفحہ نمبر ۳) ایک مغمہ (infarct) کی مانند فانہ نما ہوتے ہیں۔ متاثرہ طرف کا ڈائفرام اوپر کو اٹھا ہوا ہوتا ہے۔ قلب مقابل کی طرف کبھی ہٹا ہوا نہیں ہوتا۔ قشبی نبقات ریوی عیطلی طور پر شش میں پھیل جاتے ہیں۔ لیکن اگر غیر قشبی قسم چہارم موجود ہو تو ذات الریہ کی بجائے کلی ہبوط ہو جاتا ہے۔ اس نظریہ کی تائید میں بہت سی شہادت پیش کی گئی ہے (49)۔

لختی ذات الریہ (lobar pneumonia) (نبقی ریوی)

(کروپی ذات الریہ: croupous pneumonia)

بحث اسباب۔ یہ مرض دونوں جنسوں میں ہوتا ہے، لیکن عورتوں کی نسبت مردوں میں دوگنا عام ہے، اور دونوں جنسوں کے درمیان جو فرق ہے وہ نہایت نوعمر اور معمر اشخاص میں کمترین ہوتا ہے۔ نیز یہ شیر خواری سے لے کر بڑھاپے تک زندگی کے تمام زمانوں میں دیکھا جاتا ہے، لیکن بالغوں میں ادھیڑ عمر تک زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ یہ گرما اور فصل خزاں کی نسبت سرما اور فصل بہار میں بہت زیادہ اکثر دیکھا جاتا ہے، جبکہ تپش میں ناگہانی تغیرات ہوتے رہتے ہیں، جبکہ ہوائیں مشرقی یا شمال مشرقی ہوتی ہیں، یا جب کہ موسم مرطوب یا سرد ہوتا ہے۔ عادات اور پیشے جو تکشف (exposure) کا موقعہ پیدا کرتے ہیں ذات الریہ کی استعداد پیدا کر دیتے ہیں۔ بے اعتدالی کی عادتیں (کثرت شراب نوشی وغیرہ) بھی اس کی استعداد پیدا کر دیتی ہیں، اور اس کی ہلاکت کو بہت زیادہ کر دیتی ہیں۔ ایک حملہ دوسرے حملہ سے مامون نہیں کرتا، بلکہ یہاں تک

کہتے ہیں کہ ذات الریہ ایک ہی مریض میں پندرہ یا بیس بار ہوا ہے، تاہم دو حملوں سے زیادہ نہایت غیر معمولی ہیں۔

برودت یا سردی کا لگنا اکثر ایک تعیینی واقعہ (determining event) ثابت ہوتا ہے اور بسا اوقات ایک سابق الوجود تنفسی نازلت کی سرگذشت موجود ہوتی ہے۔ اس میں شک نہیں معلوم ہوتا کہ بعض مثالوں میں راست تعدیہ (direct contagion) یقیناً ہوتا ہے، اور ایسی بہت سی مثالیں درج ہوئی ہیں جن میں ذات الریہ دیہات، بڑی عمارتوں، یا گھرانوں میں بالکل ایک وبائی بخار کی طرح سرعت کے ساتھ پھیل گیا ہے۔ لختی ذات الریہ بعض دوسرے امراض اور بالخصوص مطرانی مرض (mitral disease)، حاد التہاب گردہ (acute nephritis)، ذیابیطس، اور بعض امراضِ ساریہ (جن میں انفلوئنزا شامل ہے) کی پیچیدگی یا نتیجہ کے طور پر بھی واقع ہوجاتا ہے۔ لیکن تدرن کی پیچیدگی کے طور پر اس کا ہونا شاذ ہے۔ بعض اوقات ضربی ذات الریہ (traumatic pneumonia) سینہ پر چوٹ لگنے سے ہوجاتا ہے، بشرطیکہ متفرد شش ثانوی سرایت سے متاثر ہوجائے۔ ذات الریہ میں اوّلی مقام سرایت شش میں ہوتا ہے۔ نبقۂ ریویہ پھیپھڑوں اور نباقی اور رشدیہ اصابتوں میں شاذ شش سے نکل کر خون کے اندر پایا جاتا ہے، لہٰذا یہ جرثومہ دمویت بشکل ایک تعفونت الدم (septicæmia) کہلا سکتی ہے۔ نبقہ ریویہ کی چار قسمیں پہلے بیان ہوچکی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 56)۔

مرضی تشریح۔ نبقی ریوی ذات الریہ میں ماؤف شدہ شش کا یہ کچھ حصہ تبدیل ہو کر اس کی اسفنجی ساخت ایک ٹھوس تودہ بن جاتی ہے۔ ابتدائی ترین یا پہلے درجہ میں، جو کہ امتلا یا احتقان کا ہوتا ہے، شش بھاری اور سرخی مائل بھورے رنگ کا ہوجاتا ہے، اُسے دبانے سے اس میں سے ایک جھاگ دار سرخی مائل مصل مترشح ہوتا ہے، اور شش اس سے زیادہ آسانی سے ٹوٹ جاتا ہے کہ جس آسانی سے تندرستی میں ٹوٹتا ہے۔ عروق شعریہ خون سے متمدد ہونے کی وجہ سے متسع اور پیچاں (tortuous) ہوتے ہیں، اور

ممکن ہے کہ دقیق نزفات موجود ہوں - دوسرے درجہ میں، جسے متجمد کشش کے جگر سے مشابہ ہونے کی وجہ سے سرخ تکبّد (red hepatisation) کا درجہ کہتے ہیں، کشش پھیکے سرخ رنگ کا، تراشنے پر باریک طور پر ذرّاتی، بالکل بے ہوا اور ٹھوس ہوتا ہے اور پانی میں ڈوب جاتا، لیکن انگلی سے دبانے پر آسانی سے ٹوٹ جاتا ہے - جوفیزے باریک ذراتی تودوں میں علیحدہ کیے جا سکتے ہیں، اور ان کے اندر فائبرین (fibrin) اور خون کے کچھ سرخ جسیمات اور سپید خلیات نظر آتے ہیں - دراصل ہوا یہ ہے کہ عروق شعریہ میں سے مترشح ہونیوالے سیال سے جوفیزی دیواریں اسقدر متمدد ہو گئی ہیں کہ درون حلمی خلیات ٹوٹ گئے ہیں، اور ہوائی فضائیں سیال سے بھرپور ہو گئی ہیں اور سیال جم گیا ہے (42)-

تیسرا درجہ بھی، جو رمادی تکبّد (grey hepatisation) کا ہے اپنے ٹھوس پن (solidity) کی وجہ سے ممیّز ہوتا ہے، لیکن اس میں رنگ رمادی مائل زرد یا صرف رمادی ہوتا ہے، اور اس میں سطح اس کی نسبت کم ذرّاتی ہوتی ہے کہ جتنی درجۂ سرخ میں ہوتی ہے - خرد بین سے دیکھنے پر یہ درجہ آخرالذکر درجہ سے اس میں اختلاف رکھتا ہے کہ ہوائی خلیے اور جوفیزی دیواریں سپید خلیات سے پٹی ہوئی ہوتی ہیں، لیکن فائبرینی ارتشاح (exudation) اور سرخ جسیمات بہت کم مقدار میں ہوتے ہیں - رنگ کا متغیر ہونا جوفیزوں میں سپید خلیات کی موجودگی کی طرف منسوب کیا جاتا ہے - ایک چوتھا درجہ بھی جو ریمی دررِیزش (purulent infiltration) کا ہوتا ہے، بیان کیا جاتا ہے - لیکن یہ محض رمادی تکبّد کی ایک انتہائی حالت ہے - اس میں کشش نسبتہً زیادہ نرم اور زردی مائل رنگ کا ہو جاتا ہے، اور اسے کھرچنے یا دبانے سے اس میں سے ایک زرد ریمی سیال نکلتا ہے - یہ سیال ہوائی خلیات میں بھری ہوئی دررِیزش کے تکسر سے بنتا ہے، اور اس میں سپید جسیمات شحمی اور ذراتی ہو جاتے ہیں - لیکن ایک حقیقی خُراج، جو تمثیلی حاد ذات الریہ کا نتیجہ ہو، نہایت شاذ ہوتا ہے - یہ مشکوک ہے کہ شفایاب ہو جانے والی اصابتوں میں ریمی دررِیزش کے درجہ کی نوبت آتی ہے یا نہیں - یہ سچ ہے کہ شفایابی، یا انحلال (resolution)

کے ساتھ بعض اوقات ایسے طبیعی امارات (تکتکۂ راجعہ=redux crepitation) پائے جاتے ہیں، جو ظاہر کرتے ہیں کہ ارتشاح نرم ہو کر سیال بن رہا ہے۔ لیکن بہت سے مریض بلا ایسے کسی مظہر کے اچھے ہو جاتے ہیں، اور اُن میں اتنا کم نفث ہوتا ہے کہ اُن کے ارتشاح کے غائب ہو جانے کی توجیہ صرف یہ ہو سکتی ہے کہ وہ عروق لمفائیہ سے براہ راست جذب ہو گیا ہے۔ صرف چند ہی اصابتوں میں بُصاق کی مقدار بڑی ہوتی ہے۔

اصابتوں کی ایک بہت بڑی تعداد ایسی ہوتی ہے کہ جن میں جرم شُش کے التہاب کے ساتھ حاد ذات الجنب (acute pleurisy) بھی موجود ہوتا ہے، اور اِس دو گونہ ضرر کو ذات الجنبی ذات الریہ (pleuro-pneumonia) کہہ سکتے ہیں۔ لیکن یہ نام عام طور پر نہیں استعمال کیا جاتا، اِلّا اُن اصابتوں کے لئے کہ جن میں ذات الجنب سریریاتی لحاظ سے ایک نمایاں مظہر ہو۔

تعین المقام (localisation)۔ نبتی ریوی ذات الریہ تقریباً ہمیشہ جزئی ہوتا ہے، اور اِس کے نسبت زیادہ اکثر قاعدے کو، اور بائیں شُش کی نسبت کسی قدر زیادہ اکثر دائیں شُش کو ماؤف کرتا ہے۔ لاشعاعی امتحان بالعموم تغیر پذیر جسامت کا ایک فانہ نما سایہ ظاہر کرتا ہے (تحفہ نمبر ۳ ا، ب، ج)، اور بچوں کی صورت میں یہ مدت سے تسلیم کیا گیا ہے (33)۔ گاہے یہ سایہ دیوار صدر کے متوازی محیط میں ایک بندکی صورت اختیار کرتا ہے۔ ممکن ہے بغیر کسی طبیعی امارت کے درریزشِش موجود ہو۔ سایہ بعض اوقات فوق تدرن (epituberculosis) کی مشابہت اختیار کرتا ہے، لیکن نسبتہً زیادہ سرعت کے ساتھ غائب ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات دونوں شُش ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن مرض عموماً ایک شُش میں دوسرے سے پہلے شروع ہوتا ہے۔

علامات اور طبیعی امارات۔ پہلا درجہ۔ بالغ اصابتوں کی ایک بڑی تعداد میں مرض کی پہلی واضح امارت یہ ہے کہ ایک قشعریرہ (rigor) یا لرزہ ہوتا ہے (۶۹[1]) تپش ۱۰۲، ۱۰۳، یا ۱۰۴ درجہ تک چڑھ جاتی ہے، اور نہایت

[1] قوسین کے اندر درج کردہ اردو اعداد ظاہر کرتے ہیں کہ فوجی سپاہیوں کی تحتی ذات الریہ کی

الف

ب

ج

لختي ذات الریہ میں فانہ نما دریزش' اور اس کا تدریجی انحلال (الف) ۹ جولائی ۱۹۳۴ء - (ب) ۱۳ جولائی ۱۹۳۴ء - (ج) ۱۹ جولائی ۱۹۳۴ء - یہ ڈاکٹر مچ کا مریض تھا - (شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈسے لاک کی بنائی ہوئی ہیں)

بالمقابل صفحہ ۱۰۰

نمایاں ارتفاعِ حرارت (pyrexia) ہوتا ہے، جس کے ساتھ کسلمندی (malaise) عدم اشتہائے (۲۳)، فروارزبان، اور بعض اصابتوں میں لبوں پر نملہ (herpes) کا ایک ثوران (eruption) ہوتا ہے (۱۷)، جو ایک اچھی امارت سمجھی جاتی ہے۔ بچوں میں اکثر تشنجات (convulsions) ہو جاتے ہیں، لیکن قشعریرات غیر عام ہیں۔ ممکن ہے کہ علامات ابتداءً مبہم سے ہوں، اور شاید ان کے ساتھ دردِ سر (۶، ۳۵) یا سارے بدن میں پھیلا ہوا درد (pains all over) (۹) ہو، یا شش کی اوفیت پھولے ہوئے سانس (shortness of breath) سے ظاہر ہو اور پہلو میں شدید درد (۶۰) ہو، جو ذات الجنب سے منسوب ہو سکتا ہے۔ اس ابتدائی زمانہ میں ممکن ہے کہ استماع سے کوئی چیز شناخت نہ ہو لیکن بعض اوقات ایک باریک خشک تکتکہ (crepitation) سنائی دیتا ہے جس کا مقابلہ اس آواز سے کیا گیا ہے جو کان کے قریب بالوں کی ایک لٹ کو انگلی اور انگوٹھے کے درمیان مسلنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ تکتکہ بیشتر ایک گہری سانس کے اختتام پر، لیکن بعض اوقات سارے دورانِ شہیق میں سنائی دیتا ہے، اور اس کی توجیہ یہ کی جاتی ہے کہ یہ جوفیزوں کی دیواروں کے علٰحدہ ہونے سے پیدا ہوتا ہے، جو غیر قدرتی طور پر چپکنی (adhesive) ہو جاتی ہیں۔ اس سے زیادہ کثرت کیساتھ ایک غیر طبعی صورتِ حالات کی ابتدا اس طرح ہوتی ہے کہ اس رقبہ پر جو بعد میں درجۂ دوئم یعنے تجمّد کے امارات ظاہر کرتا ہے، حویصلی خریر کی نمایاں کمی یا عدم موجودگی واقع ہو جاتی ہے۔ قرعی آواز (percussion note) اب بھی غیر متبدل، یا معمول کی نسبت صرف کسی قدر کم گمکی ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں قرع پر ایک طبلی آواز حاصل ہوتی ہے۔ اس کے ظہور کا امکان اس وقت ہوتا ہے جب کہ ذات الریہی عمل ابتداءً مرکزی ہو، جس کے نتیجہ کے طور پر گرد و پیش کے شش کا ارتخاء (relaxation) ہو جاتا ہے یعنے وہ ڈھیلا پڑ جاتا ہے

(بقیہ حاشیہ صفحہ گذشتہ) ۵۵۰ اصابتوں میں جو کہ ۱۹۱۵ء تا ۱۹۱۶ء بمقام آلڈرشاٹ (Aldershot) رونما ہوئیں، کتنی فی صدی میں یہ علامات واقع ہوئیں (25)۔

(جیسے کہ اسکوڈیائی گمک میں)۔

اتنے ابتدائی زمانہ میں بھی خفیف سی کھانسی اور اس کے ہمراہ ممیّز زنگ آلود بُساق (rusty sputum) موجود ہوتا ہے۔ یہ بُساق ایک شفاف بے ہوا، جیلی نما مخاط کے تودہ کے طور پر نکلتا ہے، جس کا رنگ زرد، نارنجی، گندمی بھورا (russet brown)، یا بلکہ شوخ سرخ ہوتا ہے، اور جو اس قدر لزج ہوتا ہے کہ برتن کی جانب یا پیندے سے چپک جاتا ہے اور بہنے کا کم رجحان رکھتا ہے یا بالکل نہیں رکھتا۔ گرام (Gram) کے طریقۂ تلوین سے بُساق میں بقۂ ریویہ شناخت ہو سکتا ہے، جو کہ ابتداءً بکثرت نہیں ہوتا، اور بُساق خاص کر زجاجی یا شفاف (hyaline) مخاط، مصلی البیومینی ارتشاح، چند سرخ جسیمات، چھوٹے جو فیزی خلیوں، بڑے دَر حلمی خلیوں، اور چند کثیر الاشکال نواتی خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ کبھی کبھی نفث الدم (hæmoptysis) واقع ہوتا ہے (۱۹۶)۔

دوسرے درجے، یا درجۂ تجمّد (stage of consolidation) کے علامات اکثر بہ سرعت نمویاب ہو جاتے ہیں۔ شُش کے ماؤف حصّے پر قطعی اصمیت (decided dulness) پائی جاتی ہے۔ اسی رقبہ پر بلند ارتفاع کا (high-pitched) شعبی تنفس ہوتا ہے، جو ابتداءً تو نرم اور دور کا (soft and distant)، لیکن تھوڑے عرصہ کے بعد نسبتۂً بہت زیادہ بلند ہوتا ہے۔ اگر مریض منہ سے بولتا ہے تو شعبی صوتیت (bronchophony) ہوتی ہے، اور بولے ہوئے الفاظ اکثر صاف صاف سنائی دیتے ہیں، اور بظاہر مسماع الصدر کے اندر پکار کر بولے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ سرگوشی میں کہے ہوئے الفاظ (whispered words) بھی صاف صاف منتقل ہو جاتے ہیں۔ شُش کے اُن حصوں میں جو پھیلتے ہوئے التہاب سے ماؤف ہو رہے ہیں، وہ باریک تکتکہ (fine crepitation)، جو ایک ابتدائی امارت کے طور پر سنا گیا تھا، ممکن ہے کہ اب بھی سنا جائے۔ لیکن بلند شعبی تنفس اور شعبی صوتیت ظاہر کرنے والے رقبوں پر کوئی لغطات (râles) نہیں سنائی دینگے تاوقتیکہ ساتھ شعبی التہاب بھی موجود نہ ہو، جبکہ وہ متنغم (consonating) ہونگے۔ لمسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) کبھی بڑھا ہوا اور کبھی گھٹا ہوا ہوتا

ہے ۔ اس کی شہادت موجود ہے کہ تقریباً تمام اصابتوں میں اُس کی تخفیف اس وجہ سے ہوتی ہے کہ پلیوُرا کے اندر سیال کی ایک پتلی تہ موجود ہوتی ہے (26) ۔ طبیعی امارات کی نمویابی کے دوران میں مریض لازماً اپنے بستر پر پڑا ہوتا ہے، لیکن اُسے اکثر انتصابی تنفس (orthopnœa) ہوتا ہے۔ اُس کے گال اور پیشانی سُرخ تمتماتے ہوئے (flushed) ہوتے ہیں۔ اُس کی آنکھیں چمکنے لگتی ہیں اور ظاہر کرتی ہیں کہ اس کو تکلیف کا تین احساس ہے۔ اُس کی سانس تیز ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ تنفس فی منٹ ۴۰، ۵۰، ۷۰ یا بلکہ ۸۰ تک بڑھ جائے نبض تیز ہو جاتی ہے، لیکن تنفس کے تناسب سے نہیں۔ ممکن ہے کہ وہ ۱۰۰ تا ۱۲۰ یا اس سے کسیقدر زیادہ ہو۔ اس طرح نبض و تنفس کی نسبت معمولی ۳ : ۱، یا ۴ : ۱ سے بدل کر ۲ : ۱ یا ۱½ : ۱ ہو جاتی ہے۔ تپش عموماً ایک بلند لیول، ۱۰۳ تا ۱۰۵ درجہ پر قائم رہتی ہے اور اس میں کم تغیّر ہوتا ہے۔ اور جلد خشک ہوتی ہے اور اس پر رکھے ہوئے ہاتھ کو چبھتی ہوئی گرمی (pungent heat) کا احساس ہوتا ہے۔ ضغط الدّم (blood pressure) عموماً معمول کی نسبت تھوڑا کم ہوتا ہے۔ کھانسی جو ہمیشہ تو نہیں لیکن علی العموم موجود ہوتی ہے، زیادہ بار بار نہیں ہوتی، اور وہ سخت، خشک (hard and dry) اور اکثر درد کے ساتھ ہوتی ہے۔ اور بُساق، جو لزج اور زنگ آلود (rusty) ہوتا ہے، بدقّت باہر نکلتا ہے۔ قارورہ قلیل المقدار، گہرے رنگ کا (high-coloured) اور ترشئی ہوتا ہے اور اُس میں یوریٹس کا جماؤ بن جاتا ہے۔ اس میں کلورائڈز (chlorides) بہت کم ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ غیر موجود ہوں، اور البیُومن کی تھوڑی مقدار اکثر اوقات موجود ہوتی ہے۔ عموماً سپید جسیمات کی کثرت (leucocytosis) کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی زیادتی کے ہمراہ پائی جاتی ہے، جو شدید اصابتوں میں طویل عرصہ تک باقی رہتی ہے۔ مریض کو ہذیان ہو جاتا ہے (۴)، بالخصوص رات کے وقت۔ کبودی (lividity) یا زراق ایک نمایاں منظر ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں یہ پایا گیا ہے کہ آکسیجن سے شریانی خون کی سیر شدگی کم ہو جاتی ہے، اور وہ بجائے ۹۵ فی صدی کے جو معمولی ہے، ۸۰ فی صدی ہوتی ہے (Stadie)۔

یہ نا سیر شدگی (desaturation) اس وجہ سے ہوتی ہے کہ شریانی خون ایک ایسا آمیزہ ہوجاتا ہے جس میں شُشش کے تندرست حصے سے آیا ہُوا ہَوا زدہ خون اور مرضی شُشش سے آیا ہوا غیر ہَوا زدہ خون شامل ہوتا ہے۔ بعد ازاں زراق زائل ہوجاتا ہے، کیونکہ مرضی شُشش میں سے دورانِ خون سُست ہوجاتا ہے۔

مریض کی عام حالت چند روز تک ویسی ہی رہتی ہے، یا زیادہ کثرت کے ساتھ علامات کی شدت میں زیادتی ہوجاتی ہے۔ نبض و تنفس تیز تر ہوجاتے ہیں، تپش بلند قائم رہتی ہے، زبان زیادہ خشک اور زیادہ بھوری ہوجاتی ہے، اور رات کا ہذیان زیادہ قطعی ہوتا ہے۔ یہ مشاہدہ ہوتا ہے کہ طبیعی امارات عموماً روز بروز متغیر ہوتے جاتے ہیں، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ تجمدی عمل پھیل رہا ہے، چنانچہ تکتک (crepitation) اور شعبی تنفس سینہ پر بلند سے بلند تر پھیلتے جاتے ہیں یہاں تک کہ رس (apex) ماؤف ہوجاتا ہے اور ممکن ہے کہ طبیعی امارات سامنے ترقوی ہڈی کے نیچے ظاہر ہوجائیں۔

اس وقت جب کہ بیماری بہ ظاہر انتہا تک پہنچی ہوتی ہے، اصلاح واقع ہوتی ہے، اور بہت سی اصابتوں میں یہ بالکل ناگہانی طور پر ہوتی ہے۔ چھٹے، ساتویں، یا آٹھویں دن اصابتوں کی ایک بڑی تعداد میں تپش، نبض، اور تنفس گر کر بارہ یا اٹھارہ گھنٹوں کے دوران میں تقریباً اپنے طبعی حدود تک آجاتے ہیں۔ زبان تر ہوجاتی ہے۔ اور مریض خود کو ہر لحاظ سے بہتر محسوس کرتا ہے۔ اس بحران (crisis) (۵۶، ۴) کے ساتھ بکثرت پسینہ آتا ہے۔ تقریباً نصف اصابتوں میں بخار زیادہ تدریجی طور پر ختم ہوتا ہے (تحلّل: lysis)، اور درجۂ انتہا سے طبعی درجہ تک گرنے میں اُسے چار سے پانچ دن تک لگتے ہیں۔

تپش کے طبعی ہونے کے بعد طبیعی امارات بتدریج صاف ہوجاتے ہیں۔ اس درجہ میں تکتکاتِ راجعہ (redux crepitations) سنائی دیتے ہیں۔ یہ نسبتہً موٹے (coarse) گرگرانے والے (crackling) یا بلبلانے والے (bubbling) لغطات ہوتے ہیں، جو ارتشاح کے ڈھیلا پڑنے اور آنبوبات میں

آجانے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ ششش میں یہ تغیر ہونے کے ساتھ ساتھ بساق بھی متغیر ہوجاتا ہے، اس کی ممیز جھلک (tinge) جاتی رہتی ہے اور وہ زرد یا سبز، مخاطی ریمی، اور کم لزج ہوجاتا ہے۔

قسم اول کا ذات الریہ جو کہ ۳۰ فی صدی اصابتوں کے لئے ذمہ دار ہے، خاص کر نوجوان بالغوں میں، بالعموم معروف بحتمند علامات پیش کرتا ہے۔ جو کہ بحران میں ختم ہوتی ہیں۔ قسم دوم میں علامات زیادہ شدید ہوتی ہیں اور بسا اوقات بحران بالکل نہیں ہوتا۔ قسم سوم خصوصیت کے ساتھ معمر افراد پر حملہ آور ہونے کا امکان رکھتی ہے۔ قسم چہارم ہر عمر میں ہوتی ہے۔ مہلک اصابتوں میں موت فشل القلب (failure of the heart) سے، یا اس ششش کے اُذیما سے کہ جو اب تک غیر ماؤف تھا، یا دونوں کے مجموعی طور پر ہونے سے واقع ہوتی ہے۔ تمام علامات زیادہ ہوجاتے ہیں، یعنے تنفسات تو اتر میں بڑھ جاتے ہیں۔ نبض تیز صغیر اور ضعیف ہوجاتی ہے۔ چہرہ کبود یا ازرق ہوجاتا ہے۔ دائیں بطین کے اتساع کے طبیعی امارات مشاہدہ میں آسکتے ہیں۔ زبان خشک، بھوری اور مشقوق (cracked) ہوتی ہے۔ ہذیان کم و بیش مسلسل ہوتا ہے اور بڑبڑاہٹ (muttering) اور قوما (coma) بتدریج طاری ہوجاتے ہیں۔ استماع کرنے پر بلند (loud) موٹے (coarse) لغطات سینہ کی دونوں جانبوں پر سنائی دیتے ہیں۔ جوں جوں مریض زیادہ کمزور ہوتا جاتا ہے تپش گرتی جاتی ہے، جلد سرد پڑجاتی اور پسینہ سے شرابور ہوجاتی ہے۔ موت عموماً بیماری کی انتہا کے زمانہ میں یا پانچویں اور دسویں دنوں کے درمیان واقع ہوجاتی ہے۔ لیکن ذات الریہ کبھی کبھی دو یا تین دنوں میں اپنا مہلک عمل ختم کردیتا ہے۔

پیچیدگیاں اور عواقب۔ اول الذکر کا سبب بیشتر ثانوی نتیجی ریوی سرایتیں ہیں جو پھیپھڑوں سے متصلہ ساختوں میں براہ راست پھیل جاتی یا جوئے خون کے ذریعہ منتقل ہوتی ہیں۔ ذات الجنب جس کے ہمراہ لمف یا مصل کی تکوین ہوسکتی ہے، بمشکل ایک پیچیدگی کہلاتی ہے، کیونکہ وہ عملاً ہر ایک اصابت میں موجود ہوتی ہے۔ تقیح الصدر (empyema) (۸ء۲) اس قدر

عام نہیں ہوتا، لیکن اگر بخار تیسرے ہفتے تک قائم رہے، اور اس کے ساتھ قرعی آواز اصم ہو، اور شعبی تنفس کی آوازیں غائب یا متغیر ہوگئی ہوں تو اس کا شبہ کرنا چاہئے۔ شاذ اصابتوں میں ذات الریہ کے دوران میں، ہوائی خلیات کے کیفہ پلیورائی کی طرف مشقوق ہوجانے سے استرواح الصدر (pneumothorax) پیدا ہوجاتا ہے۔ بائیں جانب کے تقیح الصدر کے ساتھ اکثر اوقات التہاب تامور (pericarditis) (۲) پایا جاتا ہے۔ التہاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis) (۵ء۰)، التہاب گردہ (nephritis) (۵ء۰)، التہاب باریطون (peritonitis)، تقیحی التہاب سحایا (suppurative meningitis) (۱)، اور التہاب مفصل (arthritis) (۵ء۰) شاذ ترینی ریوی پیچیدگیوں میں سے ہیں۔ شاذ اصابتوں میں ایک حقیقی نبقی ریوی تقیح الدم (pneumococcal pyæmia) پیدا ہوگیا ہے، جس کے ساتھ تقیحی التہاب مفاصل (suppurative arthritis) اور تقاعات (pustules) اور جلد کے نیچے پھوڑے ہوتے ہیں اور انہیں سے گاڑھی سبزی مائل پیپ نکلتی ہے جس میں نبقات ریویہ خالص کاشت میں موجود ہوتے ہیں۔ خبیث التہاب دروں قلبیہ (malignant endocarditis) (۲ء۷ء۰) (خاص کر اورطی مصراع کا) ذات الریہ کے ہمراہ دیکھا گیا ہے، جو اس کے نومی عضویوں کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ قلیل التعداد اصابتوں میں نمایاں یرقان (jaundice) (۳ء۱) ہوتا ہے۔ ایک ہلکی یرقانی جھلک زیادہ عام ہوتی ہے۔ بعض اوقات دوران مرض میں معدے کا حاد اتساع (acute dilatation of the stomach) واقع ہوجاتا ہے، اور شدید اصابتوں میں التہاب نکفیہ (parotitis) پیدا ہوسکتا ہے۔ مزمن ذات الریہ (chronic pneumonia)، گنگرین (gangrene) اور خراج شش (abscess of the lung) اور تمدد الشعب (bronchiectasis) شاذ عواقب ہیں۔

تشخیص۔ قشعریرہ اور تیز بخار کے ابتدائی درجات میں ذات الریہ بعض اوقات دوسرے حاد امراض، جیسے کہ تپ محرقہ، قرمزیہ یا چیچک سے ناقابل شناخت ہوتا ہے۔ اکثر سینہ کے ایک جانب پر کے درد یا تکلیف سے ظاہر ہوگا

155

کہ وہاں حاد مرض موجود ہے، اور ایک مقام پر اصوات تنفس کی غیر موجودگی یا باریک تکتکات (fine crepitations) کی موجودگی، جس کے بعد آہمیت شعبی تنفس، اور شعبی صوتیت ہو، بیماری کی نوعیت ظاہر کردیں گے۔ لیکن یہ درد نہایت غلط فہمی پیدا کرسکتا ہے۔ اکثر اوقات یہ شکم تک پھیلتا، یا بالخصوص شکم میں محسوس ہوتا ہے، جس سے ابتداءً التہاب زائدہ دودیہ (appendicitis) التہاب باریطون (peritonitis)، یا التہاب مرارہ (cholecystitis) کا خیال ہوسکتا ہے۔ ریوی قاعدوں پر احتیاط کے ساتھ نگاہ رکھنا ضروری ہے تاکہ غلطی نہ ہونے پائے۔

دوسری اصابتوں میں طبیعی امارات کی نمو بانی ہے۔ پہلے ایک مختصر سی کھانسی ہوگی جس کے ساتھ زنگ آلود بُصاق کا نفث ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ طبیعی امارات کے ظہور میں فی الحقیقت پانچ یا چھ بلکہ دس دن کی تاخیر ہوجائے، تجسس سے ان کو تلاش کرنے کی ضرورت پڑے اور وہ پہلے پہل ان ہوئی جگہوں میں پائے جائیں، جیسے کہ عظم الکتف کے اوپر یا بغل کی چھت (top of axilla) میں۔ امراض طفحیہ (exanthemata) کے مخصوص و ممیز طفحات کی غیر موجودگی، تنفس کی سرعت جو نبض سے غیر متناسب ہوتی ہے، سرخ تمتمایا ہوا چہرہ (flushed face) اور حرکتی ہوئی ناک، مخصوص و ممیز نوعیت کا بُصاق، اور دہن کے گرد ہیپیز کی موجودگی، یہ سب تشخیص کے لئے مفید نکات ہیں۔ امتحانِ خون سے بھی مدد مل سکتی ہے، کیونکہ سپید خلیّات کی کثرت (leucocytosis) سے تپ محرقہ، ملیریا اور انفلوئنزا خارج از بحث ہوجاتا ہے۔ رانجنی شعاعیں بھی کارآمد ہیں، جیسا کہ پیشتر بیان کیا جاچکا ہے۔

جب طبیعی امارات نمودار ہوجاتے ہیں، تو یہ متعین کرنا پڑتا ہے کہ آیا ذات الریہ موجود ہے یا ذات الجنبی انصباب (pleuritic effusion)، یا دونوں کا ساتھ ساتھ اجتماع ہے۔ ان دونوں حالتوں کی ایک دوسرے سے تشخیص ذات الجنب (پلیورسی) کے بیان کے تحت درج کی گئی ہے۔ شعبی ذات الریہ سے تشخیص پر بعد میں غور کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 158)۔

انذار۔ لختی ذات الریہ کی اوسط شرح اموات تقریباً ۸ فی صدی ہے۔

وہ چھوٹے بچوں میں نہایت کم ہوتی ہے، لیکن عمر کی زیادتی کے ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔ بے اعتدالی کی عادتوں والے اشخاص میں اور اُن میں جنھیں ناکافی غذا ملی ہو، یہ مرض زیادہ مہلک ہوتا ہے۔ سریع الوقوع یا شدید ہذیان، فشل پذیر نبض (failing pulse) کبودی اور زراق، یہ سب بدشگونی کی علامات ہیں۔ قسم سوم کا نتیجہ ریویہ کہ جس کے خلاف ہمیں کوئی مصل میسر نہیں، سب سے تشویشناک اصابتوں کے لئے ذمہ دار ہے، اور شرح اموات ۴۰ فی صدی تک پہنچتی ہے۔ قسم اول میں انذار اس سے زیادہ بہتر ہے کہ جتنا قسم دوم میں ہے، کیونکہ شرح اموات اول الذکر میں ۱۰-۱۵ فی صدی اور آخر الذکر میں ۲۰ فی صدی ہے۔ قسم چہارم میں شرح اموات ۱۰ فیصدی ہے۔ امریکہ میں شرح اموات زیادہ ہے۔

علاج۔ مریض مجبوراً بستر پر پڑ جاتا ہے، اور عموماً اُسے مرض کی انتہا میں (in the height of the disease) تکیوں یا مُد (bed-rest) کے ذریعہ نیم اضطجاعی (semi-recumbent) حالت میں سہارا دینے کی ضرورت لاحق ہوتی ہے۔ جسمانی آرام اور تشویش سے مبرا ہونا، علاج کے اہم عناصر میں سے ہے۔ غیر ضروری طبی امتحان سے پرہیز کرنا چاہیے۔ مریض کو ایک آزادانہ ترویح رکھنے والے کمرے کے اندر بافراط گرم تازہ ہوا ملنا چاہیئے، اسی طرح جس طرح کہ کسی دوسرے ساری مرض میں۔ غذا ایسی دینی چاہیے جو ایک عموی مرض کیلئے موزوں ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 21)۔ اس میں دودھ قدرتی طور پر ایک اہم عنصر ہوگا، لیکن انڈے اور اناج (cereals)، دودھ کے پڈنگ (milk-pudding) کی شکل میں، ہارلک کا مالٹ ملا ہوا دودھ (Horlick's malted milk)، مچھلی یا چوزے کا قیمہ، وغیرہ بھی غذا میں شامل کئے جا سکتے ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ اس معاملہ میں مریض کی خواہشات کا لحاظ کیا جائے۔ نقوع لحم البقر (beef-tea)، یا بکری کے گوشت کی یخنی (mutton broth) گو بذاتِ خود غذا میں نہیں ہیں، تاہم ممکن ہے کہ یہ پسندیدہ ہوں۔

ابتدائی درجوں میں آنتوں کو صاف کر دینا چاہیے، اور ایسیٹیٹ یا سائٹریٹ آف امونیم (acetate or citrate of ammonium) کا استعمال کر کے جلد کے آزادانہ عمل میں مدد دینی چاہیئے اور ساتھ ہی سفوف ڈوور (Dover's powder) کی خفیف

مقداریں دینی چاہئیں۔ آخر الذکر ذات الجنبی درد میں تخفیف پیدا کرے گا۔ یا افیون کی خفیف مقداریں (ٹنچر کے ۳ تا ۵ قطرے) ملح (saline) کے ساتھ بار بار دینے چاہئیں۔ ممکن ہے کہ مقامی لاستات (local applications) جیسے کہ اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistin) برف کی تھیلی یا کوئی پولٹس درد میں تخفیف کر دیں۔ خفیف اصابتوں (mild cases) میں یہی کافی ہو سکتا ہے لیکن شدید تر اصابتوں میں ہذیان اور ترقی پذیر انبطاح (prostration) کا تدارک بھی ضروری ہو گا۔ اول الذکر کے لئے کلورل (chloral) کلورل امائڈ (chloralamide) اور پوٹاسیم برومائڈ (potassium bromide) کا استعمال کیا جا سکتا ہے لیکن جب بہر (dyspnœa) زیادہ ہو تو کلورل کو احتیاط کے ساتھ دینا چاہئے کیونکہ وہ قلب اور تنفس پر خافض (depressing) اثر رکھتا ہے۔ اسی سبب کی وجہ سے آخری درجوں میں مارفیا (morphia) کا استعمال کمی کے ساتھ کرنا چاہئے۔ ہیوسین ہائڈرو برومائڈ (hyoscine hydrobromide) (۱/۱۰۰ گرین) کا تحت الجلدی اشراب اکثر مفید اور نسبتہً خالی از خطر ہوتا ہے۔ بڑھتے ہوئے فشل قلب کیلئے ڈیجٹالس اکثر دیا جاتا ہے اور برانڈی یا دوسری سپرٹ کی تھوڑی تھوڑی مقداریں تین یا چار اونس تک روزانہ دیجا سکتی ہیں۔ جہاں قلب کے دائیں جانب کا فشل (right-sided failure) موجود ہو وہاں فصد (venesection) کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ لیکن آکسیجن ان سب پیچیدگیوں کے لئے بہترین علاج ہے۔ جب نالیوں میں افراز زیادہ ہو تو امونیم کاربونیٹ (ammonium carbonate) (۵ تا ۷ گرین ہر تیسرے یا چوتھے گھنٹے) دے سکتے ہیں۔ حال ہی میں مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) کام میں لایا گیا ہے اور وہ ذات الجنبی درد (pleuritic pain) کے دفع کرنے میں کامیاب ہوا ہے (27)۔ جب بحران (crisis) ختم ہو گیا ہو اور تپش گر کر درجۂ طبعی پر آ گئی ہو تو علاج کا منشاء محض یہی ہونا چاہئے کہ کوئنین (quinine) اور دوسرے مقویات کے استعمال سے مریض کو تقویت پہنچائی جائے۔

یہ امر اب تسلیم کیا جاتا ہے کہ فیلٹن (Felton) کے مرتکز ضد نیمقی ریوی مصل (anti-pneumococcal serum) کے ذریعہ جان بچ سکتی ہے بلکہ مرض دب بھی جاتا ہے۔ موجودہ زمانہ میں اس کی قیمت گراں اور مقدار محدود ہے لہٰذا ایسے

156

مریضوں تک جو سترہ سال سے اوپر ہوں اور جن میں انذار خراب ہو اس کا استعمال محدود رکھنا چاہئے، اور ناگہانی آغاز اور شدید انبطاح، کمزور سریع نبض خفیف تپش اور خفیف سپید خلوی مجببیت، اور مثبت دموی کاشت اس کے خاص داعیات ہیں۔ تیقذر یویہ کی قسم کی تعیین کرنا ضروری ہے لیکن یہ کام جینڈمنٹ کا ہے اور صرف قسم اول اور قسم دوم کے خلاف فائدہ مند ہے۔ قسم اول کا مصل اور قسم اول و دوم کا مخلوط مصل حاصل ہو سکتا ہے۔ اس کو مرض کے صرف پہلے پانچ دنوں میں دینا چاہئے اور قسم اول کے مقابلہ میں قسم دوم کی اصابتوں میں وگنی معتاد ہونی چاہئے۔ اول الذکر میں ۲۰۰۰۰ اکائیاں، مالح سے مرقق کرکے، جو کہ حموی تعاملات روکنے کی غرض سے تازہ تیار کیا جاتا ہے، آہستہ سے دروں وریدی طور پر دیجاتی ہیں۔ اسی جسامت کی دوسری اور تیسری معتادیں، آٹھ سے لے کر ۱۲ گھنٹوں کے وقفوں سے دیجاتی ہیں اور گاہے ایک چوتھی یا پانچویں معتاد کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔

آکسیجن کا استعمال۔ جب کبودی یا زراق ہو تو آکسیجن دینی چاہئے۔ عملی اغراض کے لئے دو طریقے میسر ہیں۔ (۱) انفی قثاطیر (nasal catheter)۔ استوانے کو جو کہ ایک دقیق شست والے تنظیمی مصراع سے آراستہ ہوتا ہے، پہلے ایک وُلف (Woolf) کی بوتل کے ساتھ مربوط کر دیا جاتا ہے کہ جس میں پانی ہوتا ہے، اور پھر ایک ربڑ کے قثاطیر کے ساتھ کہ جس کو عین ناک کی پشت تک دھکیل دیا جاتا ہے۔ رابط انبوبہ چوڑی ہونی چاہئے اور اس کا قطر $\frac{1}{4}$ انچ سے کم نہ ہونا چاہئے۔ بوتل میں تحبب کو ایک مستقل رفتار پر رکھ کر آکسیجن کی رسد کی رفتار کو باقاعدہ کیا جا سکتا ہے۔ اس کا اندازہ ایک پائنٹ (pint) کا ناپ پانی سے بھر کر اور اس کو ایک پانی کے تسلے پر الٹا رکھ کر لگایا جا سکتا ہے۔ قثاطیر کو ناپ کے نیچے رکھنے سے پانی کی جگہ آکسیجن لے لیتی ہے۔ ایک بالغ کی صورت میں ایک پائنٹ جمع کرنے کے لئے تقریباً ۲۰ سیکنڈ ہونے چاہئیں۔ بچوں کے لئے رفتار کم ہوتی ہے۔ قثاطیر کو ناک کی بجائے منہ میں نہایت پیچھے تک دھکیلا جا سکتا ہے۔ ایک دوسری ترکیب ایک دوہری نلی ہے جس کی ٹونٹیاں دونوں نتھنوں کے عین اندر ہوں۔ مُلر (Müller) کا مصراع، جس طرح کہ اس کو ڈیویز (Davies) اور گلکرائسٹ (Gilchrist)

تختہ ۴

الف ۔ آکسیجن کا خیمہ ۔ گائی کے نمونہ کا

ب ۔ شعبی التہاب الریہ ایک بچہ میں ۔ (شعاع نگاشت مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہے)

بالمقابل صفحہ ۱۰۰

استعمال کرتے ہیں، جو کہ زفیر کے دوران میں آکسیجن کے بہاؤ کو روک دیتا اور اسے ضیاع سے بچاتا ہے، حقیقت میں غیر ضروری ہے۔ آکسیجن کو قیف کے ذریعہ دینے کا مسرفانہ اور غیر موثر طریقہ کبھی استعمال نہ کرنا چاہیئے۔

(۲) آکسیجنی خیمہ (oxygen tent)۔ خیمہ کا اصول یہ ہے کہ مریض ایک آکسیجن سے بھرپور (۴۰ تا ۶۰ فی صدی) فضا میں رہتا ہے کہ جس میں سے کاربن ڈائی آکسائیڈ، رطوبت اور گرمی دور کر دی گئی ہوں۔ کئی ایک مختلف خیمہ جات بیان کئے گئے ہیں۔ صفحہ ۴ الف میں جو خیمہ ہے اس میں سے گرمی اور رطوبت، برف سے بھرے ہوئے ظروف کے ذریعہ دور کیجاتی ہے کہ جو خیمہ کی چھت میں سے داخل کئے جاتے ہیں۔ CO_2 کو دور کرنے کے لئے فضا کو ایک سوڈا لائم (soda-lime) کے ڈبے میں سے ایک "مشرب" (injector) کے ذریعہ ترویج کیا جاتا ہے، کہ جس کو ایک پیچ کے ذریعہ استوانے کے سر کے ساتھ چپکا دیا جاتا ہے تاکہ استوانے کے اندر کا آکسیجن کا دباؤ ایک قوت محرکہ بہم پہنچائے (49)۔ خیمہ میں آکسیجن اور کاربن ڈائی آکسائیڈ کی مقدار فی صدی دریافت کرنے کے لئے ایک سریری آلہ موجود ہوتا ہے۔ ذات الریوی مریضوں پر شریانی وخز (arterial puncture) سے حاصل کردہ تجربی شہادت موجود ہے کہ خیمہ، انفی قثاطیر کی نسبت زیادہ موثر ہے۔ خیمہ سے کئی زندگیاں بچ گئی ہیں، جو اگر انفی قثاطیر کے علاج پر اصرار کیا جاتا تو تقریباً یقیناً ضائع ہو گئی ہوتیں۔ مصنف ہذا نے آکسیجنی خیمہ کے ذریعہ ذات الریہ کی ۲۸ تشویشناک اصابتوں میں سے ۲۰ اصابتیں بچالی ہیں۔ سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا آکسیجن کے علاوہ CO_2 دینا چاہیئے یا نہیں۔ اس کے لئے دَور میں CO_2 کا مکمل انجذاب روک دینا چاہیئے تاکہ مریض اس CO_2 کو جو کہ اس نے خود پیدا کی ہے جزوی طور پر دوبارہ سانس میں لے لے۔ مصنف ہذا کی رائے میں CO_2 کو شاید ذات الریہ کے ابتدائی درجوں میں دیا جا سکتا ہے، اس غرض سے کہ تنفس کی گہرائی زیادہ ہو جائے اور ایک خفیف کھانسی واقع ہو اور مخاط کا وہ لزج صمام اکھڑ جائے، جو کہ سابقہ بیان کے مطابق مرض کا اولی سبب ہے۔ اس طریقہ سے مرض کو دبایا جا سکتا ہے۔ تاہم مرض کے آخری

دوروں میں جب کہ قلب تھک جاتا ہے، صرف آکسیجن استعمال کرنی چاہیئے۔ یہ ایک عجیب امر ہے کہ خیمہ میں ذات الجنبی درد اکثر زائل ہو جاتا ہے۔

فریڈلینڈر کا ذات الریہ

(Friedlander pneumonia)

اُن اصابتوں پر مشاہدات کرنے سے جن میں لختی ذات الریہ فریڈلینڈر کے عصیہ ذات الریہ کی وجہ سے ہوا ہے، معلوم ہوتا ہے کہ وہ عموماً ایک شدید مرض ہوتا ہے، جس کا انذار خراب ہوتا ہے۔ ایک مہلک اصابت میں شُش مرغ رنگ کی نسبت، زیادہ ایک سیاہی مائل رمادی رنگ پیش کرتا ہے اور تراش چپچپے (slimy) مخاط سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جوفیزوں میں کثیر التعداد عصیّے اور تقشّر پذیر بر حلمہ موجود ہوتا ہے۔ تقیّح اور گنگرین اس سے زیادہ کثیر الوقوع ہوتے ہیں کہ جتنے معمولی قسم میں ہوتے ہیں، اور میش زیادہ تغیّر پذیر ہوتی ہے۔ فریڈلینڈر کے عصیہ کے ساتھ نبقۂ ریویہ بھی ہو سکتا ہے، اور اول الذکر لختکی اور لختی ذات الریہ دونوں کا سبب ہو سکتا ہے۔

شعبی ذات الریہ

(broncho-pneumonia)

[نازلتی (catarrhal)، لختکی (lobular) یا سرخنکی

ذات الریہ (interstitial pneumonia)]

بحث اسباب۔ (۱) اوّلی شعبی ذات الریہ (primary broncho-pneumonia) ۔ جب نبقۂ ریویہ خالص کاشت میں پانچ سال سے نیچے کے بچوں میں شُش پر حملہ آور ہوتا ہے، تو وہ ایک تمثیلی لختی ذات الریہ (typical lobar pneumonia) پیدا کر سکتا ہے، لیکن وہ زیادہ اکثر شُش کے جوفیزوں پر حلیمتیوں کی صورت میں حملہ آور ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں کو اوّلی شعبی ذات الریہ (West) یا اوّلی لختکی ذات الریہ کہتے ہیں۔ اگر پھیپھڑوں میں حلیمتی دار توزیع

(patchy distribution) سے قطع نظر کیا جائے تو یہ اصابتیں اوپر بیان کئے ہوئے فصی ذات الریہ سے مشابہ ہوتی ہیں' اور ان میں متلازم شعبی التہاب (bronchitis) نہیں موجود ہوتا۔ ان کے متعلق کچھ اور کہنے کی ضرورت نہیں۔ (۲) حقیقی شعبی ذات الریہ جسے بعض اوقات ثانوی شعبی ذات الریہ یا حاد رخلی ذات الریہ کہتے ہیں' ہمیشہ چھوٹے شعبات کے التہاب سے شروع ہوتا ہے اور گردوپیش کے ہوائی حویصلات کے اندر پھیل جاتا ہے۔ یہ عموماً تین سال سے نیچے کی عمر والے بچوں میں واقع ہوتا ہے۔ یہ کھسرا اور کالی کھانسی کی کثیر الوقوع پیچیدگی کے طور پر ہوتا ہے' اور دوسرے ساری امراض (یعنی حمیٰ قرمزیہ اور انفلوئنزا وغیرہ) کے بعد بھی ہوا کرتا ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ شہروں میں رہنے والے' خراب تغذیہ رکھنے والے بچے شعبی ذات الریہ میں مبتلا ہونے کا زیادہ امکان رکھتے ہیں' اور غلب ہے کہ کساحۃ بھی اس کی استعداد پیدا کر دیتی ہے۔ بالغوں میں شعبی ذات الریہ ذرات غریبہ (foreign particles) بالخصوص حلق کے عفونی مادوں کے پھیپھڑوں کے اندر استنشاق سے واقع ہوتا ہے (استنشاقی ذات الریہ :inhalation pneumonia)۔ یہ ڈفتھیریا کے شعبی نالیوں کی راہ سے نیچے شعیبات (bronchioles) تک پھیل جانے کا ایک عام نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ اکثر کسی بھی طویل المدت لاغری پیدا کرنے والے مرض (wasting disease) میں ایک اختتامی واقعہ ہوتا ہے' بالخصوص بوڑھوں میں جو ہفتوں تک اضطجاعی حالت میں رہنے پر مجبور ہوئے ہوں۔ جب یہ ششش کے اسفل حصوں پر حملہ آور ہوتا ہے تو اسے راکودی ذات الریہ (hypostatic pneumonia) کہتے ہیں۔ یہ ان اعمال جراحیہ کے بعد ہو سکتا ہے جو عمومی عدم حسیت (general anaesthesia) کے تحت کئے گئے ہوں' اور ان لوگوں میں جو تقریباً غرقاب ہو گئے ہوں یہ موت کا ایک کثیر الوقوع سبب ہوتا ہے۔ مری کا سرطان (carcinoma of the œsophagus) شش پر حملہ آور ہو کر اور ذات الریہ پیدا کر کے مہلک ہو سکتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ عفونی ذرات عروق دمویہ کے ذریعے شش میں پہنچ جائیں' اور تقیح الدم (pyæmia) اپنے تقیحی ذات الریوی مراکز کے باعث ممیز ہوتا ہے۔ ان میں سے بہت سی اصابتوں پر عفونی ذات الریہ

(septic pneumonia) کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے۔

شعبی ذات الریہ کی جرثومیات پیچیدہ ہے، اور بہت سے جراثیم مختلف امتزاجات میں پائے گئے ہیں۔ ایک نوعی بخار، مثلاً کھسرا یا انفلوئنزا کے متعلق یہ سمجھنا چاہیے کہ یہ فرد کی قوت مدافعت پر خافض اثر ڈالتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پھیپھڑوں پر مختلف عضویے ثانوی طور پر حملہ آور ہو جاتے ہیں۔ ریاستہائے متحدہ کی فوج میں دَم پاش نبقۂ سبحیہ (hæmolytic streptococcus) ایک نہایت اہم عامل اور سب سے زیادہ مہلک پایا گیا، لیکن بعض موقعوں پر نبقۂ ریویہ، عصیۂ انفلوئنزا (B. influenzæ) اور نبقہ سبحیۂ ذہبیہ (streptococcus-aureus) بھی موجود تھے۔ فریڈ لینڈر کا عُصَیۃ، اور ڈفتھیریا کی اصابتوں میں کلیبس لافلر کا عصیہ (Klebs-Loffler bacillus) بھی پائے جاتے ہیں۔

158

مَرضی تشریح۔ شعبی ذات الریہ میں تجمّد شُش کے طول و عرض میں گرہکوں کی شکل میں منتشر ہوتا ہے، جو اکثر جُدا جُدا ہوتی ہیں، لیکن باہم مل کر نسبتہً بڑے تودے بنا دینے کا رجحان رکھتی ہیں (التقائی شعبی ذات الریہ confluent broncho-pneumonia)۔ بایںہمہ یہ گرہکیں آنکھ سے ایک دوسرے سے جدا جدا شناخت ہو سکتی ہیں۔ تراشنے پر جامد شُش متعدد چھوٹے رمادی مراکز پر مشتمل نظر آتا ہے، جو نزف، اُذیما اور ہبوط (collapse) کے سیاہ و سُرخ منطقوں سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ شُش نرم اور خستہ (friable) ہوتا ہے، اور نچوڑنے پر اُس کی چھوٹی نالیوں سے پیپ کے ایک قطرے (bead) کا ارتشاح ہوتا ہے۔ اس عمل کو بعض اوقات تَطَحُّل الریہ (splenisation of the lung) کہتے ہیں۔ خُردبین سے دیکھنے پر ممیز و مخصوص ضررات یہ ہوتے ہیں: زخمی التہاب جو شعبی اور جوفیزی دیواروں کو ماؤف کرتا ہے، اور گرد شعبی التہاب عروق لمفائیہ (peribronchial lymphangitis) جن میں شدید اصابتوں میں قدر ریز خلیے کثیر الاشکال (polymorphs) ہوتے ہیں۔ شعبہ اور جوفیزے کا درونہ نازلتی مافیہ سے پُر ہو جاتا ہے، خاص کر بڑے دَرحلمی خلیوں سے۔ لیکن کچھ مدت والی اصابتوں میں شعبی اور اُن کی ہم پہلو جوفیزی دیواروں میں نئی لیفی بافت کی تکوین موجود ہوتی

ہے۔ چنانچہ اس حالت پر ترشحکی شعبی ذات الریہ (interstitial broncho-pneumonia) کے نام کا اطلاق اکثر اسی مناسبت کی وجہ سے کیا جاتا ہے۔ شعیبات اور علقیہ زدہ عروق لمفائیہ (thrombosed lymphatics) میں تبقات سمیہ بہ افراط ہوتے ہیں۔ جب التہاب سطح تک پہنچ جاتا ہے تو عموماً کسی قدر ذات الجنب موجود ہوتا ہے۔ نہایت حاد اور مہلک اصابتوں میں لیفی بافت کی تکوین نہیں ہوتی اور تبقات سمیہ جوفیزوں پر حملہ کرتے ہوئے نظر آتے ہیں۔ شش کے اندر پھوڑے بن سکتے ہیں۔

علامات اور طبیعی امارات۔ اول الذکر کھانسی، بہر اور ارتفاع حرارت (pyrexia) ہیں اور آخر الذکر منفصل ضررات کی وسعت اور جائے وقوع کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اگر بچہ کو سابقہ شعبی التہاب کے باعث پہلے ہی سے کھانسی ہو کر سینہ پر خرخرات (rhonchi) اور لغطات (râles) موجود ہوں تو جوفیزوں کی ماؤفیت (implication) حرارت کے ۱۰۲ یا ۱۰۳ درجہ تک چڑھ جانے، کھانسی کے مختصر (short) خشک اور درد خیز ہو جانے اور لغطات (râles) کے زیادہ وافر ہو جانے اور متنغم (consonating) نوعیت اختیار کر لینے سے ظاہر ہوتی ہے۔ لیکن بہت سی اصابتوں میں ایسے خرخرات (rhonchi) نہیں موجود ہوتے اور طبیعی امارات ایک یا زائد ایسے رقبوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جو کم یا بیش وسیع ہوتے ہیں، اور ایک یا دونوں پھیپھڑوں میں موجود ہوتے ہیں اور ان میں زیادہ تر تیز چٹخنے والے لغطات (sharp crackling râles) سنائی دیتے ہیں، جن کے ساتھ قرعی آواز بہت کم متغیر ہوتی ہے۔ یا طبیعی امارات ایسے رقبوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو توزیع میں بے قاعدہ ہوتے ہیں، ساتھ ہی کافی تعداد میں منجمد لخت لخت کوں کے اجتماع کے باعث ان پر اصمیت، شعبی تنفس اور شعبی صوتیت (bronchophony) ہوتی ہے۔ جوں جوں مرض ترقی کرتا ہے ایسے رقبے بڑھ یا گھٹ سکتے، اور پھیل یا صاف ہو سکتے ہیں۔ بساق (sputum) مخاط یا مخاطی ریم پر مشتمل ہوتا ہے، جس کے ساتھ خون کی دھاریاں کبھی ہوتی ہیں اور کبھی نہیں ہوتیں۔ لیکن نوعمر بچے اسے عموماً نگل جاتے ہیں۔ استثنائً آزادانہ نفث الدم (haemoptysis) ہو سکتا ہے۔

مرض کا عمر اس قدر متعین نہیں ہوتا جس قدر کہ نبتی ریوی ذات الریہ میں۔
ممکن ہے کہ مرض ایک ہفتہ میں ختم ہو جائے، لیکن اکثر وہ تین یا چار ہفتوں، بلکہ زائد
تک قائم رہتا ہے۔ تپش عموماً منفتر (remittent) بلکہ متوقف (intermittent)
ہوتی اور اکثر تحلل سے (by lysis) گرتی ہے۔ وہ بہت بیقاعدہ ہوسکتی ہے۔ سانس تیز
اور منقلب (inverted) ہوتی ہے، جو تشخیص میں اکثر نہایت مفید ہوتا ہے۔ ایک
سریع الوقوع شہیق (inspiration) ہوتا ہے، پھر نصف سیکنڈ کے لئے سانس رُک
لی جاتی ہے، پھر زفیر (expiration) ایک غرغراہٹ (grunt) کے ساتھ واقع ہوتا ہے
اور پھر اس کے بعد بلا کسی وقفے کے دوبارہ شہیق واقع ہوتا ہے۔ دوران شہیق میں
نیچے والی بین الاضلاع فضائیں دَب جاتی ہیں۔ کھانسی بہت ہوتی ہے۔
چہرہ سُرخ تمتما اٹھتا ہے، یا زیادہ شدید اصابتوں میں پھیکا اور کبود ہو جاتا ہے۔
نبض تیز اور صغیر (small) ہوتی ہے۔ ہذیان اکثر موجود ہوتا ہے۔ امارات اکثر
دوران مرض میں بار بار بدل جاتے ہیں، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ مرض ایک حصے
میں صاف ہو گیا ہے، اور دوسرے حصوں میں تازہ حملے ہو رہے ہیں۔ مرض اکثر دونوں
پھیپھڑوں پر حملہ آور ہوتا ہے۔ شفایابی زیادہ تر تدریجی ہوتی ہے نہ کہ نبتی ریوی ذات الریہ
کی طرح ناگہانی۔ موت سے پہلے تشنجات (convulsions) ہوسکتے ہیں۔

تشخیص۔ شعبی ذات الریہ اُس کے ابتدائی درجات میں دوسری حاد بیماریوں
سے جن میں تیز بخار ایک ممیز خصوصیت ہو، خلط ملط ہو سکتا ہے، جیسے کہ تپ محرقہ سے۔
اور چونکہ بچوں میں ہر حاد بیماری کی وجہ سے نمایاں دماغی علامات پیدا ہو جانے کا
امکان ہوتا ہے، لہذا ممکن ہے کہ اس وجہ سے التہاب سحایا کی تشخیص کر لی جائے۔
سابق شعبی التہاب اور صدری علامات کے غلبہ کی وجہ سے ممکن ہے کہ غلطی کا ارتکاب
نہ ہو، لیکن ممکن ہے کہ چند روز تک رائے کو ملتوی کرنا پڑے۔ طویل المدت
شعبی ذات الریہ تدرّن (tuberculosis) کا شبہ پیدا کر سکتا ہے، جس میں
تیز بخار، ہر جگہ پھیلے ہوئے لغلغات (râles) کبودی اور کھانسی نمایاں علامات ہوتے
ہیں۔ شعری شعبی التہاب (capillary bronchitis) میں بُہر (dyspnœa)
کبودی اور لغلغات موجود ہوتے ہیں، لیکن یہ لغلغات عموماً قاعدوں تک محدود ہوتے

ہیں۔ شعبی تنفس نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ ریی نفث بکثرت ہو۔ التقائی شعبی ذات الریہ (confluent broncho-pneumonia) کی لختی ذات الریہ سے تشخیص مشکل ہو سکتی ہے۔ آخر الذکر حالت میں شش پر کے امارات زیادہ کیساں ہوتے ہیں، لہٰذا ممکن ہے کہ بحران (crisis) ہو جائے۔ شعبی ذات الریہ میں التہاب شعیبات

159

(bronchiolitis) موجود ہوتا ہے، جیسا کہ دونوں پھیپھڑوں میں کے تغیر پذیر نوٹائی والے متحتم لقطات (consonating râles) سے ظاہر ہوتا ہے، اور چونکہ چلیتا التہابی عمل کے نمو کے درجہ میں ایک دوسرے سے مماثل نہیں ہوتیں، لہٰذا اصوات تنفس صبائی تنفس (puerile breathing) سے لیکر تغیر پذیر ارتفاع (varying pitch) کے کامل نمو یافتہ، شعبی تنفس تک اختلاف پذیر ہوں گے۔ لیکن خاص امتیاز یہ ہے کہ شعبی ذات الریہ میں، بخار زیادہ طویل اور انحلال (resolution) زیادہ آہستہ ہوتا ہے۔ ایک مثالی شعاع نگاشت صحفہ نمبر ۱۲ ب صفحہ 156 میں دکھائی گئی ہے۔

انذار۔ اگر چہ اس قسم کا ذات الریہ لختی ریوی قسم کی نسبت بہت زیادہ مہلک ہوتا ہے، کسی دی ہوئی اصابت میں انذار کا انحصار علامات کی عام رفتار پر ہونا چاہیئے۔ وہ اصابتیں جو بظاہر یاس انگیز (desperate) ہوتی ہیں اکثر شفایاب ہو جاتی ہیں، لہٰذا ناموافق رائے دینے میں کسیقدر احتیاط کی ضرورت ہے۔ بوڑھوں کے شعبی ذات الریہ میں، اور اس میں جو جامد ذرات کے استنشاق کے سبب سے ہو، انذار زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔

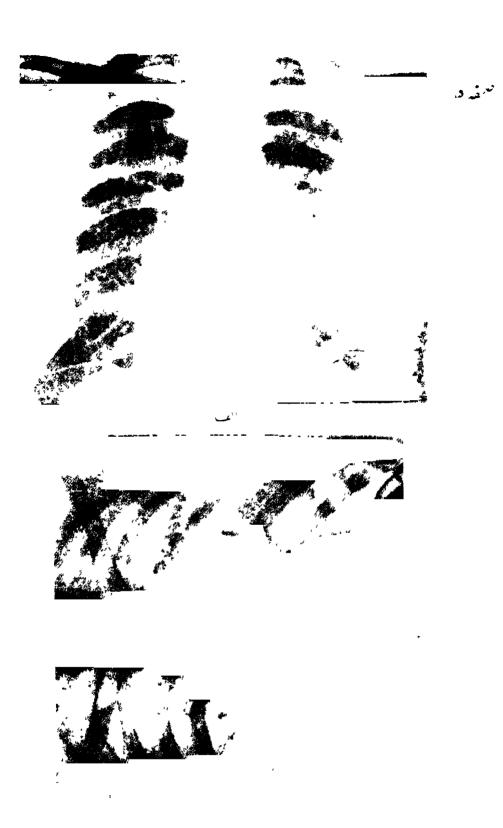
علاج۔ علاج انھیں عام اصولوں پر کرنا چاہیئے جو معمولی ذات الریہ کی حالت میں اختیار کئے جاتے ہیں۔ کمرہ خوب ترویح دار ہونا چاہیے، جس میں مریض کو ہوا آزادانہ طور پر پہنچتی ہے۔ کھلی ہوا کا علاج کامیابی کے ساتھ آزمایا گیا ہے۔ اگر تنفس میں دقت ہو یا کبودی موجود ہو تو آکسیجن طویل عرصوں تک مسلسل دینا چاہیئے، اور آکسیجن خیمہ خصوصیت سے موزوں ہے۔ ریوی افراز خشک کرنے کے لئے ٹنکچر بیلاڈونی (tr. belladonnæ) ۳ تا ۵ قطروں کی مقداروں میں بالکل چھوٹے بچوں کو دیا جا سکتا ہے۔ بعض اوقات ایٹروپین (atropine) کے انجرابات بھی دئے جاتے ہیں۔ منفثات (expectorants) چھوٹے بچوں کے لئے عموماً ناپسندیدہ

ہیں کیونکہ وہ بُصاق کو کھانسکر نکالنے کی قوت نہیں رکھتے ۔ شدید اصابتوں کے لئے اکثر مہیجات (stimulants) کے قدرے آزادانہ استعمال کی ضرورت ہوتی ہے مثلاً تین یا چار برس کے بچے کے لئے برانڈی (brandy) کے ۲ ۔ قطرے ہر گھنٹے ۔ یا لائکر اِسٹرکنین (liquor strychnine) کے ا یا ۲ قطرے اس عمر میں روزانہ دو یا تین بار مشرب کئے جا سکتے ہیں اور شیر خواروں میں نسبتہً کم مقداریں۔

خُراج شش

(abscess of the lungs)

پھیپھڑے کا پھوڑا تقیح الدم کا یا حاد ذات الریہ کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ یہ انہی عوامل سے پیدا ہو سکتا ہے کہ جو شش کا گنگرین واقع کرتے ہیں (حوالہ ملاحظہ ہو) یا قرب وجوار کے تقیح مثلاً دبیلۂ زیرڈایفرامی خراج یا کیسیتی مرض یا شعاع فطریت کے پھیل جانے سے پیدا ہو سکتا ہے ۔ تجمد شش سے خراج کی تفریقی تشخیص مشکل ہوتی ہے تا وقتیکہ خراج پھوٹ کر پیپ خارج نہ کردے ۔ پھر اس کے اساسی امارات (cardinal signs) یہ ہوتے ہیں :۔ (۱) ریمی بُصاق جو ممکن ہے کہ بدبودار ہو (foul) (۲) کھانسی اور دھماکے کے ساتھ نفث (explosive expectoration)۔ (۳) بُصاق کے اندر لچکدار بافت اور جو فیزی ترتیب۔ (۴) قرع کرنے پر محدود (circumscribed) اصمیت ۔ (۵) لاشعاع سے ایک کہفہ اور اس میں سیال کے لیول کا نظر آنا۔ جب اس کہفہ کا سیال مافیہ کھانسی سے باہر نکل چکا ہو تو کہفہ کے معمولی امارات موجود مل سکتے ہیں جیسے کہ کہفہ بڑا ہونے کی صورت میں طبلی گمک کہفی (cavernous) یا قدری (amphoric) تنفس فلزی جھنکار (metallic tinkling) اور صدر کلامی (pectoriloquy)۔ تقیح الدم کے متعدد چھوٹے چھوٹے پھوڑے کہفوں کے طور پر نہیں شناخت کئے جا سکتے ۔ فی الحقیقت اُن کی موجودگی عموماً گردوپیش کے تجمد یا ذات الجنبی انصباب کی وجہ سے مخفی رہتی ہے (صحفہ ۵)۔

انذار اور علاج ۔ شعبہ بینی (bronchoscopy) نے انذار میں ایک انقلاب پیدا کر دیا ہے ۔ یہ مشاہدہ کرکے کہ پیپ کس شعبہ سے آرہی ہے خراج کا مقام

الف اور ب۔ پھیپھڑے کا پھوڑا۔ خراجی کہفہ میں پیپ کا سیّال لیول دکھانے کے لئے یہ انتصابی اور جانبی وضعوں میں لی گئی ہیں۔ صحفہ ۲ ب صفحہ 137 سے مقابلہ کرو۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہیں)

متعین کیا جاتا ہے، اس کے بعد اصول یہ ہے کہ تسدد کو جو ممکن ہے مکمل یا جزوی، یا مصرائی نوعیت کا ہو، دور کر دیا جائے۔ پیپ کو خراجی کہفہ میں سے مصروص کر لیا جاتا ہے، اور پھر اس میں گومینال (gomenol) کا تیل ٹیکا دیا جاتا ہے۔ جب پیپ کا بڑا حصہ نکل جائے، تو سب سے نیچے کی تہ کی کاشت کرنے سے ساری عامل حنا لص کاشت میں حاصل ہوتا ہے، اور اس سے ایک جدرین تیار کی جا سکتی ہے۔
ونسنٹ (Vincent) کا مرغولچہ (spirillum) اور تکلہ نما عصیہ (fusiform bacillus) غیر عام نہیں ہیں۔ کہفہ کی جسامت اور شکل شعبہ بین کے ذریعہ لپ یوڈال (lipiodol) ٹیکا کر متعین کی جا سکتی ہے۔ واحد شعبہ بینی سے شفایابی ہو سکتی ہے، اگر نہ ہو تو اسکا تکرار کرنا چاہیئے۔ دیگر عوامل جو تقیح پیدا کرنے میں شعبہ بینی کے ذریعہ حسب ذیل دریافت ہوئے ہیں، کھانسی کے معکوسہ کا کمزور ہونا، مارفیا اور اٹروپین کی بیش معتادی (overdosing) شاذ طور پر جسم غریبہ یا غیر خبیث نمایہ کی موجودگی مثلاً سعدانہ، اور شاذ و نادر تیں مثلاً نہوضی فطریت (blastomycosis) اور شعاع فطریت (actinomyiosis) -(64)۔

160

لیفی شُش

(fibroid lung)

[تلیف شُش (fibrosis of the lung)، مزمن ذات الریہ (chronic pneumonia)]

بحث اسباب۔ مرض شش کی یہ شکل متقابلۃً شاذ ہوتی ہے، الا بچوں میں، وجہ یہ ہے کہ بالغوں میں ریوی بافت کے مزمن التہابات غالب تعداد میں تدرن کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ وہ اصابتیں جن میں ایک مزمن التہاب تدرن سے الگ واقع ہوتا ہے، اور جنھیں لیفی شُش (fibroid lung) کا نام دیا گیا ہے، صرف شاذ حالتوں میں ایک پیش رو حاد لختی ذات الریہ (acute lobar pneumonia) سے پیدا ہوتی ہیں۔ لیکن شعبی ذات الریہ ایک زیادہ کثیر الوقوع پیش رو ہوتا ہے۔ دوسری مثالوں میں مزمن شعبی التہاب (chronic bronchitis)

اور ذات الجنب (pleurisy) سبب ہوتے ہیں
لیفی شش کا ایک اہم گروہ وہ ہے جو مختلف کارخانوں اور کانوں میں کام کرنیوالے کاریگروں میں ہوتا ہے اور جسے تترب الریہ (pneumokoniosis) کہتے ہیں۔ اس میں کوئلہ، دھات، مثلاً کرنڈ (emery) کا رپتھر (quartz) روئی کے ریشے، روئوں (fluff) وغیرہ کی گرد سے بھرے ہوئے کرۂ ہوائی کا متواتر استنشاق بایک طویل المدت منبع خراش ثابت ہوتا ہے۔ اس امر کے لحاظ سے کہ متعلقہ خراش آور کیا ہے، اس مرض کے نام مختلف ہوتے ہیں، مثلاً شش فحمیت (anthracosis) (کوئلہ کے بُرادے سے) ریوی صوانیت (silicosis) (پتھر کے ریزوں سے جو کہ بعد میں بیان کی جائے گی) ریوی اسبستوسیت (asbestosis) (اسبسٹاس سے)۔

مرضی تشریح۔ تلیّف (fibrosis) شش کا ممیز مظہر ہوتا ہے جب لیفی شش ذات الریہ یا شعبی التہاب سے پیدا ہو جاتا ہے تو لیفی ساخت کے ڈورے جو شش میں سے عبور کرتے ہیں، نسبۃً چھوٹے شعبات کی دیواروں کے التہاب سے، اور گردشعبی التہاب عروق لمفائیہ (peri-bronchial lymphangitis) سے پیدا ہوتے ہیں (جیسا کہ شعبی ذات الریہ میں بیان ہو چکا ہے) جس کی وجہ یہ ہے کہ انبوبات کا درگونہ اریکی بافت (granulation tissue) سے بالکل مسدود ہو جاتا ہے۔ چنانچہ یہ انطماسی شعیباتی التہاب (obliterative bronchiolitis) دراصل وہی عمل ہے جو تمدد الشعب (bronchiectasis) پیدا کرتا ہے، باستثناء اس کے کہ آخر الذکر حالت میں نسبۃً بڑے انبوبات ماؤف ہو کر کھیلے بن جاتے ہیں۔ اسی وجہ سے تمدد الشعب اور لیفی شش عموماً ایک دوسرے سے متلازم ہوتے ہیں لیکن اگر التہابی عمل صرف چھوٹے انبوبات تک محدود ہو تو صرف لیفی شش پیدا ہو جاتا ہے (10) لیفی بافت کی اس بالیدگی کے ساتھ انقباض واقع ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ شش کی قدرتی جسامت گھٹ کر صرف دو ثلث یا آدھی ہو جائے۔ شش کے انقباض کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ احشاء اپنی جگہ سے ہٹ جاتے ہیں، اور چونکہ عموماً صرف ایک ہی جانب ماؤف ہوتی ہے لہٰذا اواسط (mediastinum) اسی سمت کھنچ

آتا ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ سارا شش متغیر ہو کر لیفی بافت کا ایک کثیف تودہ بن جائے، جو سیاہ مادہ کی موجودگی کی وجہ سے مختلف چھاؤں کا رمادی رنگ ظاہر کرتا ہے (of various shades of grey) اور قوام میں لوچدار (tough) اور چاقو سے کاٹنے پر کرکرا (creaking) ہوتا ہے۔ پلیورازاد (pleurogenous) اصابتوں میں ان ڈوروں کی پیدائش کا طریقہ غالباً مختلف ہوتا ہے، اور ان اصابتوں میں شش ایک دبیز لیفی تہ کے ذریعہ سینہ سے مثبت ہوتا ہے۔

علامات اور مجرٰی۔ یہ مرض عموماً مزمن ہوتا ہے، اور وہ مریض جن میں یہ شناخت میں آجاتا ہے، عموماً پہلے مہینوں یا برسوں شکایت کرتے رہے ہیں۔ مریضوں کی سانس پھول جاتی ہے، اور انھیں کھانسی اور نفث (expectoration) ہوتے ہیں، جو شش کے کہفوں کی وسعت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو تمدد الشعب: bronchiectasis) مریض اکثر دبلا پتلا ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ خوب تغذیہ یافتہ (well nourished) ہو، اور بہرحال وہ کچھ عرصہ کے لئے اس بخار، شب عرقی (night sweating) اور عام بنیئی اختلال سے مبرا ہوتا ہے، جو کہ سل ریوی میں مشاہدہ میں آتے ہیں۔ نفث الدم اکثر موجود ہوتا ہے۔ یہ مرض عموماً یک جانبی ہوتا ہے۔ سینہ کی متناظر جانب بازکشیدہ (retracted)، شانے دبے ہوئے اور عظم الکتف کا زاویہ باہر کو ہٹا ہوا ہوتا ہے۔ صدمۃ القلب ماؤف جانب کے طرف ہٹا ہوا ہوتا ہے، اور سینہ کی تندرست جانب بیش گمگی (hyper-resonant) ہوتی ہے۔ ماؤف جانب صرف خفیف سی پھیلتی، اور قرع کرنے پر اصم (dull) ہوتی ہے۔ جب چھوٹی نالیاں مطموس ہوتی ہیں تو ہوا کا داخلہ کم ہوتا ہے ورنہ شعبی تنفس، شعبہ صوتی (bronchophony)، صدر کلامی (pectoriloquy) اور متنم لغطات ہوتے ہیں۔ لمسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) تغیر پذیر ہوتا ہے۔ ماؤف شش لاشعاعوں سے کچھ غباشت (opacity) ظاہر کرتا ہے، اور پسلیاں "کھپریل پن" ("roof tiling") ظاہر کرتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 168)۔ اکثر انگلیوں کے سروں کی دبازت یا گرزنہ شکلی ("clubbing") (ملاحظہ ہو صفحہ 565) نمایاں ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ بالآخر راست جانبی فشلِ قلب موجود ہو۔

تشخیص ۔ اس حالت کو سلِ ریوی (phthisis) مزمن انصبابی ذات الجنب (chronic pleurisy with effusion) اور سینہ کے اندر کی خبیث بالیدگی (malignant growth) سے شناخت کرنا پڑتا ہے۔ سلِ ریوی سے شناخت کرانے والا خاص مظہر بخار کی اور بنیئی اختلال کی عدم موجودگی ہے۔ یہ مرض اکثر سختی کے ساتھ یک جانبی اور قاعدی ہوتا ہے، برخلاف سلِ ریوی کے، جو عموماً راسی ہوتی ہے، اور دوسرے شُش کو ماؤف کئے بغیر شاذ ہی ایک شُش کے اندر ترقی یافتہ درجہ تک پہنچتی ہے۔ علاوہ ازیں بُساق میں عصیاتِ تدرن نہیں پائے جاتے۔ دیرینہ ذات الجنبی انصباب (pleuritic effusion)، جسکے ساتھ سینہ بازکشیدہ ہو لیفی شُش سے قریبی طور پر مشابہت رکھ سکتا ہے اور ممکن ہے کہ تشخیص کو صاف کرنے کے لئے سوئی کے ذریعہ استقصا (exploration) کی ضرورت پیش آئے۔ درون صدری سرطانی سلعہ (intrathoracic carcinoma) کی سرگذشت قلیل المدت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ درد اور وسیع تجمّدیوں اور دباؤ یا قلب کی غیر وضعیت (displacement) کی علامتیں موجود ہوں۔ لاشعاعی امتحان ہمیشہ عمل میں لانا چاہئے، اور اسی طرح شعبہ بینی۔

انذار بالآخر خراب ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ مرض کا ممر نہایت سست ہو، اور دس یا پندرہ سال کی وسعت رکھتا ہو۔ بچے بعض اوقات شفایاب ہوجاتے ہیں۔ موت دائیں قلب کے فشل (failure) سے، یا بتدریج بڑھتی ہوئی خستگی (exhaustion) سے، جو وافر مواد خارج ہونے کے بعد واقع ہوجاتی ہے، یا انتقالی (metastatic) خراج اور خاص کر دماغی خراج سے واقع ہوسکتی ہے۔

علاج ۔ مریض کو حتی الامکان بہترین آب و ہوا میں اور صحی حالات میں رکھنا چاہئے۔ اُسے گرما میں تازگی بخش ہوا (bracing air) لیکن سرما میں ایک گرم آب و ہوا ملنی چاہئے۔ ہر زمانہ میں سردی لگنے سے بچنا چاہئے۔ اور مغذی خوراک، اور مقویات، جیسے کونین، فولاد (iron) اور کاڈلیور آئیل (روغن جگرِ ماہی) استعمال کرنے چاہئیں۔ کھانسی، نفث، اور دوسرے علامات، جیسے جیسے کہ وہ پیدا ہوتے جائیں ان کا علاج اُسی طریقہ سے کرنا چاہئے جس کی ہدایت سلِ ریوی

161

اور شبی التہاب اور تمدد الشعب (bronchiectasis) کے تحت کی گئی ہے۔

شش فحمیت۔ کوئلہ کی کان کھودنے والے کی زندگی صحت مندانہ ہوتی ہے گوکہ ایسا ہونا تعجب انگیز ہے کیونکہ ششوں میں کاربن کی بہت بڑی مقدار کا جماؤ پایا جاتا ہے یہاں تک کہ وہ خالی آنکھ کو سیاہ نظر آتے ہیں۔ کاربن تدرن کے خلاف حفاظت کرتی ہے۔ تاہم بعض رقبوں مثلاً جنوبی ویلز (South Wales) میں ریوی صوانیت (silicosis) واقع ہو کر مزمن ریوی مرض سے موت واقع ہو جاتی ہے، لیکن ان کان کنوں میں بھی جو کہ دوسرے اسباب سے مرے ہوں، ششوں میں پتھر کے ریزوں کی مقدار طبعی سے بہت زیادہ ہوتی ہے (51)۔

ریوی صوانیت (silicosis)۔ یہ ایک وسیع طور پر پھیلا ہوا صنعتی مرض ہے، جس کے لئے کاریگر کو معاوضہ طلب کرنے کا حق حاصل ہے، اور جنوبی افریقہ میں توجہ کے ساتھ اس کا مطالعہ کیا گیا ہے، کیونکہ وہاں یہ رینڈ (Rand) کی سونے کی کانوں میں پھیلا ہوا ہے (52)۔ سادہ قسم میں پتھر کے ریزے شش اور جذری غدود (root glands) کا گرہی تلیف پیدا کرتے ہیں۔ اس سے لاشعاعی فلم میں ایک یا دونوں ریوی میدانوں کے بالائی نصفوں میں ایک ممیز یکساں غیر متلقی چتی وار منظر (mottling) پایا جاتا ہے جو کہ بعد ازاں عمومی ہو جاتا ہے۔ غباشتیں (opacities) بالعموم اس سے تیز تر اور واضح تر ہوتی ہیں کہ جتنی عمومی تدرن میں ہوتی ہیں، اگرچہ مشابہت قریبی ہوتی ہے۔ ایک ابتدائی منظر جو کہ شک پیدا کرتا ہے، ایک بے برگ درخت کی مانند عمومی تشجر (arborisation) ہے جو کہ ششوں میں شعبی یا شاید عروقی درخت کی کثافت بڑھ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ابتدا میں علامات بالکل نہیں ہوتے، لیکن بعد میں کھانسی، متوالی "زکام" سانس پھولنا اور معتدل نفث پایا جاتا ہے گو کہ لاغری بالکل نہیں ہوتی۔ ممکن ہے ذات الجنب بھی ہو۔

سادہ قسم میں تدرن کا اضافہ ہو جاتا ہے کیونکہ استنشاق کے بعد پتھر کے ریزے آبیدگی کی وجہ سے لسونتی سلسک ترشہ (silicic acid) میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ دھاتی سلیکیٹ (silicates) بھی بافتوں کی CO_2 کے ذریعہ سلسک ترشہ میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ آخر الذکر کی وجہ سے ایک اریکی سلی تودہ ظہور میں آتا ہے جس میں

تخر کا ایک مرکزی حصہ اور اس کے گرداگرد التہابی تہیں ہوتی ہیں۔ عصیات درنیہ، جو کہ اتنی تھوڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں کہ معمولی حالات میں بافتیں ان سے نپٹ سکتی ہیں، مرکزی رقبہ میں سرعت سے تکاثر کرتے ہیں اور تعداد میں اتنے بڑھ جاتے ہیں کہ مقامی دفاعی قوتیں ان سے عاجز آ جاتی ہیں اور وہ دوسرے حصوں میں پھیل جاتے ہیں (50)۔ لاشعاعی فلم میں کے غیر شفاف رقبہ جات جسامت اور توزیع میں زیادہ بے قاعدہ ہوجاتے ہیں، نالچوں کے سایے زیادہ نمایاں ہوجاتے ہیں؛ اور اصابت ایک پورے طور پر نمویافتہ غیر مشکوک ریوی تدرن کی ہو جاتی ہے۔ مرض کی تحریزیہ ہے:۔ گرد سے بچاؤ کی غرض سے دن بھر کے کام کے بعد ہوا کے جھکڑ سے صفائی کردینا (blasting)، گرد کو بٹھانے کی غرض سے پانی اور عمدہ ترویج۔

ریوی اسبستوسیت (asbestosis)۔ ابستوس، لوہے اور ایلومنیم (aluminium) کا ایک سلیکٹ (silicate) ہے۔ مرض نہایت ہی مخفی طور پر بڑھتا ہے، چنانچہ یہ ۶ سے لیکر ۱۲ سال کے کام کے بعد نمویاب ہوتا ہے۔ زیریں لختے خاص طور پر ماؤف ہوتے ہیں، اور ایک منتشر تلیف اور پلورا کی بڑھی ہوئی دبازت ظاہر کرتے ہیں۔ ڈائفرام دبیز اور غضروف کی طرح سخت ہوتا ہے اور ششش کے قاعدے میں مداخلت کرتا ہے، اور لاشعاعی فلموں میں اس کی بالائی سطح ایک نہایت ہی ممیز بے قاعدہ یا گالے جیسا منظر پیش کرتی ہے۔ آخرکار تمدد الشعب رونما ہوجاتا ہے۔ اس امر کے متعلق کچھ شک ہے کہ آیا تدرن پیدا ہونے کا کوئی خاص احتمال ہوتا ہے۔ بصاق میں ممیز "ابستوسی اجسام" ("asbestosis-bodies") پائے جاتے ہیں لیکن باقی ہر طرح سے علامات لیفی ششش کے ہوتے ہیں۔

ششش کی گنگرین

162

یہ ایک مقابلۃً شاذ عارضہ ہے، لیکن مختلف حالات میں پیدا ہوسکتا ہے۔
ششش کی گنگرین حاد لختی ذات الریہ (acute lobar pneumonia)

کا ایک طریقہ اختتام ہے، بالخصوص اُن اصابتوں میں جن کا انحصار فرینڈ لینڈر کے عصیہ پر ہو اور شاذ طور پر یہ سل ریوی میں واقع ہو جاتی ہے۔ اس کے پیدا ہونے کے مزید طریقے یہ ہیں۔ ششش پر ہم پہلو مرض، مثلاً مری کے سرطانی سلعہ، خراجات اور متقیح کیسیتی دودیروں (suppurating hydatid cysts) کے حملہ آور ہونے کے نتیجہ کے طور پر جذر ششش (root of the lung) پر انورسما کے دباؤ سے، اور سینہ کی چوٹوں سے جو ذات الریہ یا تقیح الصدر پیدا کر دیں۔ شعبہ میں پھنسے ہوئے اجسام غریبہ کی وجہ سے، اور متسع انبوبات کے اندر رکے ہوئے افرازات کی موجودگی سے۔ دہن، حلق، حنجرہ، مری یا واسط (میڈیا سٹائنم) کے عفونی امراض [مثلاً زبان یا حنجرہ کے سرطانی سلعہ، لوزتین کے اغتاث (sloughing)، ڈفتھیریا مری کے سرطانی سلعہ] سے نکلے ہوئے ذرات کے پھیپھڑوں کے اندر چلے جانے سے۔ ششش کے اندر غذا کے ذرات اتفاقاً یا قئے کی اثنا میں کھنچ کر چلے جانے سے، بالخصوص اُن اشخاص میں جو مخمور (drunk)، مجنون، توماز دہ (comatose) ہوں یا شللِ حنجرہ (laryngeal paralysis) میں مبتلا ہوں۔ یا سرایت زدہ پانی سے جو غرقابی کے دوران میں سانس کے ساتھ اندر چلا گیا ہو۔ بعض اوقات ششش کی گنگرین التہاب اُذن (otitis)، قروح الفراش (bedsores)، نفاسی عوارض (puerperal disorders) وغیرہ کے بعد تقیح الدم پیدا ہونے سے ہو جاتی ہے۔ یہ گندیدگی زا عضویات (putrefactive organisms) جن میں عصیۂ ویلچ (Bacillus Welchii) بھی شامل ہے، کی موجودگی سے پیدا ہوتی ہے۔

مرضی تشریح ۔ ششش کا ماؤف حصہ میلے، سبزی مائل بھورے، یا سیاہ رنگ کا ہوتا ہے، نرم ہوتا ہے، بہ آسانی ٹوٹ جاتا ہے، بلکہ متموہ (diffluent) ہوتا ہے، اور اس میں سے اکثر بدبو نکلتی ہے۔ وہ عموماً متجمد ذات الریوی بافت سے گھرا ہوا ہوتا ہے، جس میں وہ بتدریج منتقل ہو جاتا ہے، یا جس سے وہ ایک خطِ فاصل کے ذریعہ کم و بیش فوری طور پر جدا معلوم ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ مرض بعض اصابتوں میں منتشر ہوتا ہے اور دوسری اصابتوں میں محدود۔ گنگرینی بافت ممکن ہے کہ ٹوٹ پھوٹ کر نفث کے ذریعہ خارج ہو کر ایک کہف چھوڑ دے، جس کی دیواریں

پھٹی ہوئی (ragged) اور پارہ پارہ (shreddy) ہوتی ہیں۔ اور کبھی ایسا کہفہ ایک پلیورائی تھیلے (pleural sac) میں وا ہو کر ریمی استرواح الصدر (pyo-pneumothorax) پیدا کر دیتا ہے۔

علامات۔ شش کی گنگرین جیسی کہ وہ اکثر ایک ثانوی ضرر کے طور پر موت سے عین پہلے واقع ہوتی ہے، بآسانی نظر انداز ہو سکتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ اُس کے علامات بجائے خود نمایاں ہوں، یا اوّلی ضرر کے علامات کو ڈھانک دیں۔ نفث نتن (fœtid expectoration) اور سانس کی بدبو نہایت نمایاں ہوتے ہیں۔ آخر الذکر نہایت تیز ہو سکتی ہے۔ یہ بڑے فاصلہ تک پہنچتی ہے اور ایک ہی کمرے میں مریض کے ساتھ دوسرے شخصوں کا رہنا تقریباً ناممکن کر دیتی ہے۔ بصاق میلا رمادی یا سبزی مائل بھورا، یا متغیر شدہ خون کی وجہ سے سیاہ ہوتا ہے۔ اور اس میں یا تو گنگرینی شش کی بافت کی دھجیاں (fragments) پائی جاتی ہیں، یا خردبین سے تمشیلی لچکدار ریشے پہچانے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔ کبھی نفث الدم (hæmoptysis) واقع ہو جاتا ہے۔ کھانسی، درد پہلو اور بے قاعدہ اور اکثر متوقف ارتفاع حرارت (intermittent pyrexia) بھی موجود ہوتے ہیں۔ طبیعی امارات تجمّد اور کہفہ کے ہوتے ہیں جو مرض شش کی وسعت سے متناسب ہوتے ہیں یعنی اصمیت (dulness)، شعبی یا کہفکی تنفس، شعبہ صوتی، اور اوسط درجہ کے یا موٹے لغطات۔ لیکن تشخیص میں اُن کی قیمت کا انحصار بڑی حد تک ماسبق مرض پر ہونا چاہیئے، بشرطیکہ ایسا کوئی موجود ہو۔ ممکن ہے کہ مرض قشعریرہ اور درد پہلو کے ساتھ شروع ہو، یا نفث الدم کے ساتھ، یا تپ کے متوالی حملوں اور بدبودار نفث کے ساتھ۔ بیشتر اصابتوں میں انکے بعد انبطاح (prostration) اور اس کے ساتھ نبض تیز اور صغیر اور زبان خشک ہوتی ہے، اور تھوڑے ہی عرصہ میں موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن بعض اصابتیں مہینوں یا برسوں تک قائم رہتی ہیں، اور اُن میں شدت علامات میں بہت تغیر و تبدل ہوتا رہتا ہے، لیکن ایک مہلک انجام ناگزیر ہوتا ہے۔ اور چند اصابتوں میں، جن میں گنگرین کی غالباً ایک چھوٹی چکتی ہی موجود ہوتی ہے،

فی الحقیقت شفایابی واقع ہوجاتی ہے۔

علاج ۔ یہ بدبو دار شعبی التہاب (foetid bronchitis) یا تمدد الشعب (bronchiectasis) کے علاج سے مشابہ ہوتا ہے ۔ آرسینوبنزال (arsenobenzol) یا نووارسینو بنزال (novarsenobenzol) سے کامیابیاں حاصل ہوتی ہیں۔ بعض اوقات ضد عفونت شگاف (antiseptic incision) اور زخمہ کی نسیلیت (drainage) کے جراحی علاج سے ایک آنتروپی کہف علاج پذیر ہوتا ہے۔ استعبیتی استعمال کی جا سکتی ہے ۔ عملیہ پر اس وقت غور کرنا چاہئے جب کہ یقینی تشخیص ہو سکے اور مستلزم حالات بجائے خود ہلاکت خیز نہ ہوں۔

163

ریوی تدرن

(PULMONARY TUBERCULOSIS)

شش کا تدرن کئی شکلوں میں ہوا کرتا ہے ۔ ایک میں عضو کے سارے طول و عرض میں دقیق درنوں (tubercles) کی عام توزیع ہوتی ہے، جو حاد طور پر پیدا ہوجاتی ہے اور اس میں عصیات درنیہ کسی دوسرے حصے مثلاً شعبی یا عنقی غدہ سے یا ایک مفصل یا گردے سے، یا کم عام طور پر خود شش میں کے مزمن مرض کے ایک مرکز سے خون کے ذریعہ منتقل ہو کر مرض پیدا کر دیتے ہیں ۔ یہ حاد شکل اکثر ایک ایسے عام دخنی تدرن (general miliary tuberculosis) کا حصہ ہوتی ہے، جس میں درنی التہاب سحایا عموماً ایک نمایاں مظہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 88)۔ ریوی تدرن کی دوسری شکلوں میں یہ مشترک مظہر ہوتا ہے کہ شش کا مرض سریریاتی تصویر کا عموماً بڑا حصہ ہوتا ہے۔

سل ریوی (phthisis or consumption) بالغوں یا اواخر طفلی کا ایک مزمن مرض ہے، جس میں شش کے ایک چھوٹے حصے، عموماً راس میں چھوٹے درنے (tubercles) پیدا ہوتے اور تکاثر کرتے ہیں اور مختلف درجہ کی سرعتوں کے ساتھ شش کے دوسرے حصوں میں پھیل جاتے ہیں۔ اس طرح وہ ابتداءً بالکل مقامی ہوتا ہے،

بعد کے تغیرات کو دوسرے عضویوں خاص کر نبقہ ریویہ، نبقہ سبحیہ اور نبقہ عنبیہ سایم زا کے فعل سے مدد ملتی ہے۔ راسی سل (apical phthisis) غالباً شش کی راست سرایت کے طور پر شروع ہوتی ہے، جو درنی عصیات کے استنشاق کے باعث ہوتی ہے۔ اس امر کے متعلق کہ ابتداءً راس کیوں متأثر ہوتا ہے، بہت بحث و مباحثہ ہوا ہے۔ کیتھ (Keith) نے بتلایا ہے کہ شش کا یہ حصہ دوسرے حصوں کی نسبت کم ترویح یافتہ ہوتا ہے اور اس کی وجہ یہ ہے کہ صدر کا قلہ نسبتاً حرکت ناپذیر ہوتا ہے، اور سب سے زیادہ حرکت ڈائفرام پر اور دیوار سینہ کے زیریں حصے پر ہوتی ہے۔ چونکہ ترویح راس پر سب سے زیادہ کم ہوتی ہے، لہٰذا یہ بھی ہونا ممکن ہے کہ وہاں دوران خون بھی سب سے کم ہو، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہاں عصیات کو ایک موزوں ماویٰ (favourable nidus) مل جاتا ہے۔ دوسری توجیہ، جو زیادہ قرین قیاس نہیں معلوم ہوتی، یہ ہے کہ سرایت لوزتین میں شروع ہوتی ہے اور عنقی عروق لمفائیہ کی راہ سے پلیورا کے پار راست راس شش تک پہنچ جاتی ہے۔

سل نافجہ (hilum phthisis)، یا گرد شعبی سل (peribronchial phthisis) بھی پھیپھڑوں کا ایک مزمن مرض ہے، جس کا وقوع بالغوں میں کسیقدر کم عام ہے، لیکن بچوں میں مزمن ریوی تدرن عموماً یہی شکل اختیار کرتا ہے۔ خاص ضرر شعبی غدد کی اور ان عروق لمفائیہ کی تدرنی دررفتگی ہے جو گردو پیش کے شش سے آکر ان غدد کے اندر منسل ہوتے ہیں۔ پہلے توضیح کر دی گئی ہے کہ ان اصابتوں میں شش ہی اولی ماسکہ (primary focus) بہم پہنچاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 85)۔ پھیپھڑوں کے عروق لمفائیہ درنی عصیات کو اخذ کرتے اور بتدریج اس عمل میں مختنق (choked) یا مسدود ہو جاتے ہیں، اور یہ عمل نافجہ کے مقام سے شروع ہو کر بتدریج باہر کو پھیپھڑوں کی طرف پھیلتا ہے۔ سل نافجہ پھیپھڑوں میں کسی بھی مقام پر اس سے زیادہ حاد تدرنی عمل بھی پیدا کر سکتی ہے۔ لیکن عموماً یہ سالہاسال کے عرصہ میں شفایاب ہو جاتی ہے، اور یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ وہ ریوی ندبات، (pulmonary scars) جو امتحان بعد الممات میں اس قدر عام طور پر پائے جاتے

ہیں، زمانۂ طفولیت کے اسی مرض کا نتیجہ ہوتے ہیں، جواب ناپید ہو چکا ہے۔ ایسی حالت میں بالغوں کی راسی سل (apical phthisis) ما بعد زندگی کی ایک سرایت مکرر (reinfection) ہوتی ہے، اگرچہ اس امر میں کہ وہ مریض جسے ایک بار سل ناقچہ ہو چکی ہے تازہ سرایت کی خاص طور پر حساسیت رکھتا ہے یا خاص طور پر اس کی قوتِ مدافعت رکھتا ہے، شبہ کی گنجائش ہے۔

تدرن نما (epituberculosis) بچوں میں شش کا وسیع تجمد ہے جو کہ ایک چھوٹے سے تدرنی ماسکہ کے گرد واقع ہوتا ہے۔ تجمد بذات خود درنی اریتی بافت کا بنا ہوا نہیں ہوتا، بلکہ ممکن ہے وہ ایک غیر نوعی دررنجیدگی ہو جو بڑے پیمانہ پر اس ورم کے ساتھ جو ایک مانٹو (Mantoux) کے تجربہ [illegible] ہوتا ہے مشابہت رکھتی ہو (چنانچہ یہ ٹیوبرکلین کے اشراب کے بعد فی الفور نمودار ہو جاتا ہے)، یا ممکن ہے تدرنی غدہ کا ایک شعبہ پر دباؤ پڑنے سے وسیع ہبوط پیدا ہو گیا ہو کیونکہ جب تسدد کو دور کیا گیا ہے تو وہ بھی زائل ہو گیا ہے (57)۔ ممکن ہے اصمیت اور شعبی تنفس موجود ہو اور لاشعاع بالعموم دائیں شش کے وسط میں ایک ہموار سایہ ظاہر کرے جو کہ ناقچہ سے پھیلتا ہو اور جس کا راس محیط پر ہو۔ اس رقبہ کے بزل پر درنی عصیات دریافت ہوئے ہیں۔ اسے کو ذات الریہ سے اس طرح ممتاز کیا جاتا ہے کہ آخر الذکر میں سایہ کا راس ناقچہ کی جانب ہوتا ہے، نیز اس میں انحلال چند دن میں واقع ہو جاتا ہے۔ تدرن نما کا انحلال چند ہفتوں کے بعد واقع ہوتا ہے۔ انذار اچھا ہوتا ہے۔

تدرنی شعبی ذات الریہ (tuberculous broncho-pneumonia)

164

ایک حاد تدرنی عمل ہے، جو بالخصوص بچوں یا نوعمر بالغوں میں ہوتا ہے، اور جس میں جبنی تدرنی ماسکات (caseous tuberculous foci)، معہ آغاز پذیر کھفی تکوین کے، پھیپھڑوں کے طول و عرض میں پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ وہ بچوں میں عموماً اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ ایک بڑا جبنی غدہ متقرح ہو کر ایک بڑے شعبہ میں کھل جاتا ہے، اور اس کا اعلیٰ درجہ کا سرایت رساں مادہ بذریعہ استنشاق سارے پھیپھڑے میں بسرعت منتشر ہو جاتا ہے۔ عموماً راس خاص طور پر ماؤف نہیں ہوتا۔

حاد ذات الریوی سل (acute pneumonic phthisis) جسے "سلِ راکف" (galloping phthisis) یا سلِ سریع (phthisis florida) کہتے ہیں' ایک اور بھی زیادہ حاد عمل ہے اور بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

ریوی تمدرن کے اسباب پر پہلے عام تمدن کے ابواب میں بحث ہو چکی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 88)۔

سلِ ریوی کی مرضی تشریح۔ پھیپھڑوں کے اندر درنے (tubercles) نہایت تمثیلی طریقے سے بنتے اور نمو یاب ہوتے ہیں' اور ان میں اُن کے عفریتی خلیات کے نظامات (giant-cell systems)' اور ان کا تجبن ہو کر ٹوٹنے کا رجحان موجود ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 86)۔ معمولی راسی ضرر میں یہ عمل ایک چھوٹے منتہائی شعبہ کی دیوار میں شروع ہوتا ہے۔ تجبن (caseation) واقع ہوتا ہے' اور درنی تودہ ٹوٹ پھوٹ جاتا ہے۔ اس مواد کا اخراج شعبہ کی راہ سے ہوتا ہے اور ایک دقیق کہفہ بن جاتا ہے جو اس شعبہ سے ملحق ہوتا ہے۔ اسی درمیان میں یہ عمل شش کی متصلہ بافتوں کے اندر پھیل جاتا ہے جو کہ کچھ تو تجبن اور کچھ خلوی التہابی ارتشاح (cellular inflammatory exudate) کی وجہ سے تجمد ہو جاتی ہیں۔ یہ ٹھوس رقبے رنگ میں سیاہ ہوتے ہیں' اور ان میں چھوٹے سپید جبنی درنے گچھوں کی صورت میں منتشر ہوتے ہیں' اور زیادہ کہفی تکوین (cavity formation) نظر آنے سے پہلے عموماً تجمد خاصی مقدار میں واقع ہو جاتا ہے۔ تجبن اور تقیح کے ایک مخلوط عمل سے کہفے بن جاتے ہیں۔ متصلہ یا ہم پہلو کہفے ایک دوسرے میں مل کر بالآخر شش وسیع طور پر کھوکھلا ہو جاتا ہے۔ دیواریں نسبتہً ابتدائی درجوں میں اکثر جبنی جماؤ سے بنی ہوئی ہوتی ہیں' لیکن پرانے کہفوں (vomicæ) میں یہ بالکل چکنی ہوتی ہیں۔ وہ اکثر بندوں' یا شہتوں (trabeculæ) سے عبور کی ہوئی ہوتی ہیں' جن میں ریوی عروق موجود ہوتے ہیں۔ یہ عروق اس اتلافی عمل کی مدافعت کرتے ہیں' لیکن شعبات عموماً جس قدر کہفے بڑے ہوتے جاتے ہیں اسی تناسب کے ساتھ متفرج ہو جاتے ہیں' اور ہر کہفہ کے اندر ایک یا زائد شعبات وا ہوتے ہیں۔ کہفوں (vomicæ) کے مافیہ جبنی مادہ' شش کی بافت کا چورا

اور پیپ ہیں (debris)۔ آخرالذکر شئے پرانے کہفوں میں غالب مقدار میں ہوتی ہے۔ اس کی مقدار تغیر پذیر ہوتی ہے، اور بعض حالات میں اتنی کم ہوتی ہے کہ عرصہ ہائے دراز تک کوئی نفث نہیں واقع ہوتا۔ سل ریوی کے کہفوں کے اندر واضح گندیدگی (putrefaction) صرف شاذ ہی واقع ہوتی ہے۔

درنہ کا پہلا جماؤ بالائی لختے کے راس سے دو یا تین انچ نیچے، زیر ترقوی خطہ میں ہوتا ہے، اور پھر تازہ بہ تازہ جماؤ اس سے نیچے اور پھر اور نیچے واقع ہوتے رہتے ہیں۔ شش کے تازہ بہ تازہ حصوں پر یہ حملہ، بلاواسطہ مماست (direct contiguity) سے لمفائی مجاری سے، اور زیادہ تر شعبات کی راہ سے واقع ہوتا ہے۔ ان کے اندر سرایت رساں ذرات استنشاق کے ذریعہ آکر مرض کے تازہ ماسکات پیدا کر دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس وقت تک جب تک کہ نسبتہً نیچے کے لیولوں پر درنے بنیں پہلا ضرر بہت کچھ تجمد پیدا کر چکا ہو۔ ازاں بعد اس وقت جب کہ درنہ قاعدے کے طرف جم رہا ہوتا ہے شش کے وسط کا حصہ متجمد ہو چکا ہوتا ہے اور شاید راس میں ایک بڑا کہفہ موجود ہوتا ہے۔ اسی طرح نہ صرف مرض کی ترقی کسی ایک شش میں غیر مساوی ہوتی ہے، بلکہ وہ دونوں جانبوں کے پھیپھڑوں میں بھی غیر مساوی ہوتی ہے۔ اور اس طرح ایک ترقی یافتہ اصابت میں ایک راس پر نہایت وسیع مرض کا پایا جانا، اور مقابل قاعدے پر نہایت تندرست بافت، یا ایسی تندرست بافت کہ اس کے سوا کوئی دوسری تندرست بافت ہی نہ ہو، کا ملنا عام ہے۔ تحتہٗ ذیریس کا اولی ضرر (اولی قاعدی سل = primary basal phthisis) شاذ ہے۔

ان اصابتوں میں کہ جن میں قوت مدافعت ادنیٰ درجہ کی ہوتی ہے ممکن ہے کہ سرایت کے کسی اولی ماسکہ سے بساق کا استنشاق شعبات کی راہ سے واقع ہو، اور پھیپھڑوں کے سارے طول و عرض میں بہت سے جدا جدا ماسکات کم و بیش ہمزماں طور پر پیدا ہو جائیں۔ جبنی مادے کے خارج ہو سکنے سے پہلے ممکن ہے کہ ہر ثانوی ماسکہ کے گرد کا شش درریختہ ہو جائے۔ سارا شش کچھ تو جبنی اور کچھ جیلاتین نما مادے سے بھر کر بالکل ٹھوس ہو جاتا ہے، اور آخرالذکر

مادہ شش کے اس جزو کی نمائندگی کرتا ہے جس کا اتلاف اتنا مکمل طور پر نہیں ہوا ہے (جبنی لختی ذات الریہ: caseous lobar pneumonia، حاد ذات الریوی سل: acute pneumonic phthisis) دوسری مثالوں میں امتحان بعد الممات میں بڑے بڑے کہفے اثنائے عمل تکوین میں پائے جاتے ہیں، اور ان کی دیواریں نہایت پھٹی ہوئی (ragged) ہوتی ہیں۔ اگر مریض اس سے کم ترقی یافتہ درجہ میں مر گیا ہو تو شش کثیر التعداد حد اگانہ جبنی اور جیلاتینی رقیبے ظاہر کرے گا، جن میں ابتدائی کہفی تکوین پائی جائے گی (جبنی شعبی ذات الریہ: caseous broncho-pneumonia) کیونکہ ان رقیبوں کو باہم مخلوط ہو کر منتشر ذات الریوی حالت (diffuse pneumonic condition) پیدا کر دینے کا وقت نہیں ملا ہے۔

165

لیکن اصابتوں کی غالب تعداد میں اس عمل اتلاف کو پورا موقعہ حاصل نہیں ہوتا۔ التہابی تغیرات مختلف اصابتوں میں فعالیت کے تغیرات ظاہر کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ فساد (mischief) اپنے مرض میں ایک یا زائد بار طویل عرصوں تک موقوف ہو جائے، یا بلکہ ابتدائی زمانہ میں ہی دب جائے، اور آگے نہ بڑھے۔ یہاں لیفی بافت کا نمو ایک اہم عامل ہوتا ہے۔ یہ سوائے نہایت حاد اصابتوں کے شاذ ہی غیر موجود ہوتی ہے، اور مزمن اصابتوں میں مرضی شش کی باقی ماندہ بافت کا ایک بڑا جزو بناتی ہے۔ متجگر شش میں بین تختکی فاصلات کے مرض اس کے کثیر التعداد بند دوڑتے ہیں، شعبات عروق دموی اور کہفوں کو گھیرے ہوئے ہوتے ہیں، اور حشائی بلیورا کے نیچے ایک کثیف تہ بناتے ہیں (لیفی سل: fibroid phthisis) — یہ لیفی بافت اکثر ملون ہوتی اور جابجا جبنی تودوں کے ساتھ مخلوط ہوتی ہے۔ وہ اپنے انقباض سے کہفوں کی جسامت کم کر دینے کا رجحان رکھتی، اور اتلافی اعمال کے مقابلہ میں کسیقدر مزاحمت پیش کرتی ہے۔ اور بعض موافق اصابتوں میں درنہ کا ایک چھوٹا جماؤ بالآخر تمامتر تغیر ہو کر ملون لیفی بافت کا ایک تودہ بن جاتا ہے، جو فی الحقیقت تندرست شش کی اتنی ہی مقدار کی جگہ لے لیتا ہے، مگر دیگر لحاظ سے بے ضرر ہوتا ہے۔ جبنی مادے میں کیلسیم کے ملحات کے جماؤ کی وجہ سے ان ندبات (cicatrices) کے اندر کلسی ذرات کا ملنا غیر عام نہیں

اور ایسے ندبہ (cicatrix) کے گرد وہ حالت پیدا ہو سکتی ہے جسے توسعی یعنی نفاخ کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 146) تاہم یہ ہمیں سمجھ لینا چاہیے کہ لیفی بافت کی تکوین اور تکلیس ہمیشہ اندمالی عمل میں آخری درجہ ہوتا ہے۔ سلسلہ وار لاشعاعی امتحان (serial X ray examination) سے ظاہر ہو گیا ہے کہ ممکن ہے اس نوعیت کے جماؤ بالآخر جذب ہو کر بالکل غائب ہو جائیں، اور پھر مریض کو دوبارہ صحت کلی حاصل ہو جائے۔

ذات الجنب بالکل ابتدائی درجہ میں موجود ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ خشک ہو۔ لیکن ایک صاف پوال کے رنگ کا (straw-coloured) مصلی فائبرینی انصباب نہایت عام ہے، اور یہ یا تو اس مرض میں بہ دیر ہوتا ہے یا اس کی آمد آمد کا پیش خیمہ ہوتا ہے۔ ایسا انصباب خون کے رنگ کا ہو سکتا ہے۔ اسکے خصائص بعد میں بیان کئے گئے ہیں، اور ممکن ہے کہ جب یہ عمل اندمال پذیر ہو تو وہ بھی بتدریج جذب ہو جائے، یا ایک خشک ذات الجنب رہ جاتا ہے اور آخری نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شش کے ماؤف حصے پر لیفی بافت کی ایک دبیز تہ کی تکوین ہو جاتی ہے، جو شش کو عموماً دیوار سینہ سے مضبوطی کے ساتھ جوڑ دیتی ہے۔ شش کا یہ انضمام (adhesion) ایک اہم اثر رکھتا ہے، کیونکہ اگر عمل التہاف (process of excavation) سطح کی طرف ایسے نقطہ پر بڑھے جو منضم (adherent) نہ ہو تو ممکن ہے کہ وہ کہفہ (vomica) متقرح ہو کر اپنے مافیہ پلیورائی کہفہ کے اندر خارج کر دے، اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ اول تو ایک حاد ذات الجنب (acute pleurisy) پیدا ہو جائے جو عموماً ریمی قسم کا ہوتا ہے (یعنے تقیح الصدر ہو جائے)، اور دوئم یہ، پلیورائی تاجیہ کے اندر ہوا داخل ہو کر استرواح الصدر پیدا ہو جائے، اور اگر سیال موجود ہو تو ایک آبی یا ریمی استرواح الصدر (hydro-or-pyopneumothorax) ہو جائے۔

ائتلاف ساخت کا ایک دوسرا اہم نتیجہ نزف (haemorrhage) ہے۔ ابتدائی درجوں میں یہ صرف امتلاء (congestion) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ آخری درجوں میں عروقی دیواروں پر درنہ کا راست حملہ ہو جاتا ہے، اور اسی وجہ سے ممکن ہے کہ

وہ متآکل (eroded) ہو جائیں، یا وہ کمزور ہو کر متسع ہو جائیں اور اس طرح انورسمے بنا دیں، جو کہ مٹر یا سیم کے بیج کی جسامت تک پہنچکر بالآخر اپنے سب سے زیادہ پتلے حصے کے مقام پر ٹوٹ جائیں۔

ممکن ہے کہ سل ریوی کے دوران میں تدرن کا حملہ جسم کے دوسرے حصول پر ہو جائے۔ مزمار (glottis) کی راہ سے درنہ آلود بصاق (tubercle-laden sputum) کے مسلسل گذرنے سے حنجری درنہ (laryngeal tubercle) پیدا ہو جاتا ہے۔ بصاق کے نگلنے اور غذائی قنال کی راہ سے اس کے بتدریج گذرنے سے لفائفی یا اعور (cæcum) کا درنی تقرح اور ناسور مبرز (fistula in ano) پیدا ہو جاتا ہے۔ باریطون گردہ، بربخ (epididymis)، منوی حویصلات (vesiculæ seminales)، رحم اور اس کے ضمیمہ جات، پسلیوں، اور ریڑھ کی ہڈیوں کا تدرن [اور اس سے پیدا ہونے والے خراجات، جیسے کہ خصری پھوڑا (psoas abscess)] اور دوسری ہڈیوں اور مفاصل کا تدرن، ریوی مرض کے ساتھ ساتھ موجود ہو سکتا ہے، اور یا تو اس سے پیدا ہو جاتا ہے یا بعض مثالوں میں ایک اولی ماسکہ کے طور پر عمل کرتا ہے۔ بعض اوقات عمومی تدرن (general tuberculosis)، معہ التہاب سحایا (meningitis)، اس منظر کو ختم کر دیتا ہے۔ ایڈیسن کا مرض (Addison's disease) شاذ ہے۔ چند سال پہلے شفاخانہ کی مہلک اصابتوں کی ۲۰ فیصدی تعداد میں جگر، طحال، گردوں اور امعاء کا چربیشی مرض (lardaceous disease) پایا گیا۔ قلب چھوٹا ہوتا ہے۔ حاد اصابتوں میں عدم دمویت یا ریوی تہویہ (aeration) کی قلت کے باعث عضلۂ قلب شحمی انحطاط ظاہر کرتا ہے۔ مزمن لیفی مرض (chronic fibroid disease) میں دایاں بطین بیش پرورده (hypertrophical) ہوتا ہے۔ شحمی جگر عام ہے۔

سل ریوی کی سریریاتی روئداد۔ سل ریوی ایک تیز یا ایک سست عمر سے جاری رہ سکتا ہے۔ مندرجۂ ذیل بیان کا اطلاق بالخصوص اس اصابت پر ہوگا جو چھ ماہ سے لے کر چند سال تک جاری رہتی ہے۔

166

مرض کا آغاز مختلف طور سے ہوتا ہے۔ بہت سی اصابتیں کھانسی اور مخاطی

یا ریوی نفث سے شروع ہوتی ہیں، جس کا کوئی سبب نہیں بتلایا جا سکتا، یا جو سردی لگنے (chill) یا تکشف (exposure) سے منسوب کیا جاتا ہے۔ دوسری اصابتیں نفث الدم (hæmoptysis) یا خون تھوکنے کے ساتھ شروع ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض بظاہر اچھی صحت کی حالت میں رہا ہو اور اس حالت میں بعض اوقات زور لگانے یا محنت کرنے کے بعد، لیکن بالکل اسیقدر اکثر جب کہ وہ یہ حالت آرام ہو، یا چل رہا ہو، یا کوئی ایسا کام کر رہا ہو جس میں زور لگانا نہ پڑے یا بار نہ پڑے حلق میں ایک گدگدی سی محسوس ہوتی ہے، مریض کھانستا ہے، اور اُسے یہ دیکھکر تعجب اور ڈر معلوم ہوتا ہے کہ اُس نے جو کچھ تھوکا ہے وہ خون ہے۔ اب ممکن ہے کہ وہ چند ڈرام یا ایک اونس، یا ایک پائنٹ کا نفث کرے۔ ممکن ہے کہ یہی ایک علامت رہے اور سینہ کے امتحان سے کچھ بھی ظاہر نہو لیکن کچھ عرصے کے بعد خون کے تازہ ضیاع کے بعد یا اس کے بغیر، کھانسی اور نفث نمودار ہوجاتے ہیں اور یہ اصابت، دوسری اصابتوں کی طرح نمو یاب ہونے لگتی ہے۔ قلیل التعداد اصابتوں میں صحت میں فرق آجانے کی پہلی ظاہری علامت (first apparent departure from health) یہ ہوتی ہے کہ ایک بالائی لختہ میں حادذات الریوی کیفیت نمودار ہوجاتی ہے، جو صرف جزءً صاف ہوجاتی ہے، لیکن کھانسی اور نفث جاری رہتے ہیں، اور اصابت میں سل کے تمام مظاہر پیدا ہوجاتے ہیں۔ اور دوسری اصابتوں میں پہلی قابل شناخت بیماری ذات الجنب اور اسکے ساتھ انصباب مصلی ہوتا ہے۔ یہ انصباب کبھی کبھی خون آلود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس سے بظاہر کلی طور پر شفا ہوجائے اور یا ایں ہمہ اس کے بعد معمولی ریوی تغیرات نمودار ہوجائیں۔

مختلف اصابتوں میں اس مرض کا ممر نہایت متغیر بھی ہوتا ہے۔ وہ مریض جن میں ابتدائی ترین علامات ہوتی ہیں، خواہ یہ نفث الدم ہو، یا کھانسی یا لاغری (wasting)، اگر آب وہوا اور اصولِ صحت کے مناسب حالات میں رکھے جائیں تو ممکن ہے کہ وہ اپنی صحت کلی طور پر از سر نو حاصل کرلیں۔ اور یہ عرصۂ دراز سے معلوم ہے کہ اُن اشخاص میں جو حادثات سے ہلاک ہوئے ہوں، یا ایسے

مرض سے مرے ہوں جن کا ششں سے تعلق نہ ہو راسین (apices) میں ندبی (cicatricial) اور طوّن جلکیاں شاید کلسی جماؤ کے ساتھ پائی جاتی ہیں جن کے متعلق صرف یہ سمجھا جا سکتا ہے کہ یہ سابق درنوں کی باقیات ہیں۔

لیکن اگر علاج کرانے سے پہلے سرایت خوب قایم ہو چکی ہے تو نتیجہ اتنا تشفی بخش نہیں ہو سکتا۔ چنانچہ مرض تین یا چار مہینوں میں مہلک ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ مریض کو بالآخر ہلاک کرنے سے پہلے وہ بارہ یا پندرہ سال تک جاری رہے۔ اور اس عرصہ میں اس کی ترقی نہایت غیر مساوی رہے گی، اکثر وہ مہینوں یا ایک دو سال تک ساکن رہتا ہے اور پھر بہ سرعت بھڑک اٹھتا اور اس کے ساتھ نفث الدم یا زیادہ بخار ہوتا ہے۔ درآنحالیکہ زیادہ سریع اصابتیں بالخصوص ماؤف شدہ شش کی وسعت کی وجہ سے مہلک ہوتی ہیں۔ زیادہ مدت والی اصابتیں پیچیدگیوں کی کثرت کی وجہ سے زندگی کے لئے خطرناک ہوتی ہیں۔ ان پیچیدگیوں میں سے بعض خود شش کے ضررات ہوتے ہیں، جیسے کہ نفث الدم، تقیح الصدر اور شعبی التہاب۔ دوسری وہ ہیں جو دور افتادہ اعضاء کو ماؤف کر دیتی ہیں، جیسے کہ تدرنی التہاب سحایا (tuberculous meningitis) تقرح امعاء اور اسہال، التہابِ گردہ (nephritis)، اور احشاء کا چربشی مرض (lardaceous disease)۔

مقامی علامات۔ اب یہ کسیقدر زیادہ تفصیل کے ساتھ بیان کئے جائینگے:۔

کھانسی۔ یہ ایک نہایت عام علامت ہے، اور گو ہمیشہ نہیں، تاہم عموماً اس وقت تک موجود رہتی ہے جب تک کہ مرض کسی حد تک فاعلی رہتا ہے۔ کھانسی یا تو آسانی کے ساتھ ہوتی ہے یا خشک، جس کا انحصار بُساق کی مقدار اور اس کے آسانی کے ساتھ نفث سے خارج ہو سکنے پر ہوتا ہے۔ جب کہفے وسیع ہوں اور بُساق ماؤف لختہ کے اسفل حصوں میں تہ نشیں ہو جائے تو کھانسی طویل حملوں کی صورت میں واقع ہوتی ہے، جو مریض کے لئے دردانگیز اور آس پاس والوں کے لئے تکلیف دہ ہوتے ہیں، اور شاید ایک منٹ سے

زیادہ تک جاری رہتے ہیں۔ حنجری پیچیدگیوں کے ساتھ کھانسی ایک بھرائی ہوئی (hoarse) یا رُوکھی (husky) نوعیت اختیار کر لیتی ہے۔

بُھر (dyspnœa)-سانس کا پھولنا اکثر اُس وقت دیکھا جاتا ہے جب کہ شعبی تشنج (bronchial spasm) ہوتا ہے۔ آخر الذکر بعض اوقات حساسیتی دمہ (allergic asthma) کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ جوں جوں شُش کا زیادہ سے زیادہ مرضی ہوتا جاتا ہے اور اس طرح خون کی گیسوں کے باہمی تبادلہ کے لئے کار آمد سطح کم ہوتی جاتی ہے، بُھر بھی زیادہ نمایاں ہوتا جاتا ہے۔

نفث۔ ابتدائی درجوں میں یہ شعبی التہاب کے بُساق سے مختلف نہیں ہوتا، یعنے یا تو وہ محض مخاطی ہوتا ہے یا مخاطی ریمی۔ اور اُس کی توجیہ اُس شعبی التہاب کے اعمال سے ہوتی ہے جو اکثر سِل ریوی کے ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ لیکن بُساق بعض اوقات مقابلتہً ابتداء ہی میں، اور مابعد درجوں میں تو ہمیشہ ہی ریمی ہوجاتا ہے، اُس کا رنگ سبز یا سبزی مائل زرد ہوتا ہے اور وہ غیر شفاف اور ہوا کے بلبلوں سے بالکل مبرا ہوتا ہے جب وہ نہایت سیال ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ انفرادی بُساقات باہم مخلوط ہوکر اپنی جداگانہ شکل کھودیں۔ لیکن سِل کے بُساق نفث کے بعد اکثر دیر تک جُدا جُدا رہتے، اور یہ اس گول چپٹی شکل کی وجہ سے جو کہ وہ بُساق دان میں اختیار کر لیتے ہیں، "سکہ نما" (nummular) کہلاتے ہیں۔ یہ بلاشبہ شُش کے کہفوں میں افراز کے اجتماع کی وجہ سے ہوتا ہے، اور اسی واسطے سِل میں مستقل طور پر واقع ہوتا ہے، لیکن اُن اصابتوں میں بھی موجود ہو سکتا ہے جہاں تمدّد شعبات کہفے پیدا کر دیں (تمدد الشعب (bronchiectasis)۔ عصیاتِ درنیہ کا خوردبینی امتحان بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

نفث الدم (hæmoptysis)- جب نفث الدم سِل ریوی کی پہلی علامت کے طور پر واقع ہو تو خون عموماً شوخ سرخ رنگ کا اور جھاگ دار ہوتا ہے۔ وہ تغیر پذیر مقداروں میں نفث سے خارج ہوتا ہے اور عام طور پر مریض چند گھنٹوں یا دنوں تک خون کے گلّے (pellets) تھوکتا رہتا ہے، جن کا رنگ

سیاہ سے سیاہ تر ہوتا جاتا ہے' اور جو بتدریج کم کثیر الوقوع ہو کر پھر بالکل موقوف ہو جاتے ہیں۔ آخری درجوں میں جب کہ مرض خوب قایم ہو چکا ہوتا ہے مخاطی ریمی یا ریمی بُساق میں اکثر خون کی دھاریاں ہوتی ہیں یا وہ خون آلود ہوتا ہے۔ بُساق میں چند دھاریاں شبی مخاطی جھلی میں کے چھوٹے عروق سے آسکتی ہیں' لیکن سل ریوی کا زیادہ ممیز خاصہ وہ شوخ رنگ خون ہے جو کہ بُساق کے ساتھ ملا ہوتا ہے' یا جمے ہوئے خون کے گلوں کا اخراج ہے جو اکثر دن کے وقت ہوتا ہے۔ وقتاً فوقتاً زیادہ افراط کے ساتھ ویسے نزفات واقع ہوسکتے ہیں جیسے کہ پہلے بیان کئے گئے ہیں جن میں خون معمولی افراز سے الگ ہو کر نکل آتا ہے۔ اور اگر کوئی بڑی رگ متقرح ہو گئی ہو' یا اگر ایک کہفہ میں کا ایک چھوٹا انورسما مشقوق ہو جائے (جو صورت کہ زیادہ اکثر ہوا کرتی ہے) تو تھوڑے ہی عرصہ میں خون کے کئی اونس یا ایک دو پائنٹ خارج ہو کر اس کے بعد موت بہ سرعت واقع ہوسکتی ہے۔ نفث الدم دن کے وقت ہونے کی نسبت رات کو ہونے کا کسیقدر زیادہ رجحان رکھتا ہے' اور ایسا غالباً سردی کی وجہ سے ہوتا ہے (28)۔

طبیعی امارات۔ سریریاتی نقطۂ نظر سے راسی سل (apical phthisis) کے تین درجے بیان کئے جاتے ہیں (Turban-Gerhardt کی جماعت بندی)۔ درجۂ اول میں' جو ابتدائی اصابتوں کا ہوتا ہے' مرض ایک یا دونوں راسوں کے ایک چھوٹے رقبہ میں محدود ہوتا ہے۔ درجۂ دوم میں تجمد ہوتا ہے' اور مرض ایک نخنة کے سارے یا زیادہ تر حصے کو ماؤف کرتا ہے۔ درجۂ سوم اور بھی زیادہ وسیع مرض کا ہوتا ہے' جس میں وہ تمام اصابتیں شامل ہیں جن میں کہفی تکوین بہت ہوتی ہے۔

طبیعی امارات انھیں درجوں کے لحاظ سے بہترین بیان کئے جاتے ہیں۔ درجۂ اول میں ممکن ہے کہ وہ نہایت خفیف ہوں' اور مختلف اصابتوں میں بہت مختلف ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ آنکھ یا ہاتھ کے ذریعہ ماؤف جانب پر حرکت پذیری (mobility) کی ایک خفیف سی کمی شناخت کی جائے۔

اس مقصد کے لئے سکون کے ساتھ تنفس (tranquil respiration) کے دوران میں اور کامل تنفس (full respiration) کے دوران میں اضافی حرکات کو غور سے دیکھنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ راس کا بہ احتیاط قرع (percussion) کرنے پر مقابل جانب کے مقابلہ میں سُر کی خفیف سی کمی (slight impairment of note) پائی جائے۔ طبعی حالت میں راسی گمک کا ایک ۵،۴ تا ۵ سینٹی میٹر (۱½ انچ تا ۲ انچ) چوڑا بند ہوتا ہے جو شانے پر پھیلا ہوتا ہے (خاکنائے کرانگ :Kronig's isthmus)۔ بحالت مرض یہ تنگ ہو سکتا ہے۔ ترقوی ہڈی کے عین نیچے، ترقوی ہڈی پر، یا فوق الترقوی حفرہ (supra-clavicular fossa) میں سُر کی کمی (impaired note) بھی مل سکتی ہے۔ مریض کو ڈھیلی وضع میں بیٹھا ہوا ہونا چاہئے۔ استماع سے اکثر حویصلی خریر (vesicular murmur) کی کمی (diminution)، اور باریک یا اوسط درجہ کے لغطات (fine or medium râles) پائے جاتے ہیں، جو کھانسنے کے بعد پہلے شہیق کے اختتام کے قریب بہترین سنائی دیتے ہیں۔ زفیری خریر بلند اور لمبا ہو سکتا ہے، جیسے کہ شعبی تنفس میں، اور ممکن ہے کہ صوتی گمک (vocal resonance) کی زیادتی اس کے ہمراہ پائی جائے۔ لیکن یہ یاد رکھنا نہایت اہم ہے کہ لمبا بلند زفیری خریر جس کے ساتھ بلند صوتی گمک ہو، تندرست اشخاص میں بھی دائیں جانب پر غیر عام نہیں ہوتا، بالخصوص عورتوں میں۔ اور بالعموم ایک ابتدائی اصابت میں اس سے پہلے کہ ہم طبیعی امارات پر سے یقین کے ساتھ یہ کہہ سکیں کہ راسی سِل کی شہادت موجود ہے، تھوڑے تھوڑے وقفوں پر مکرر امتحانات کی ضرورت ہوتی ہے۔ سُر کا کم ہو جانا (impairment of note) اور لغطات (râles) نہایت قابل اعتماد امارات ہیں۔ لیکن بعض اوقات قفصی ترقوی مفصل میں ایسی آوازیں (sounds) پیدا ہو جاتی ہیں جو چٹخنے والے لغطات (crackling râles) سے نہایت قریبی مشابہت رکھتی ہیں۔ بیقاعدہ جھٹکے دار (jerky) یا لہری (wavy) تنفس (یعنی نام نہاد وت پہیا تنفس =cog-wheel respiration) کوئی تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔

درجۂ دوئم (تجمد) میں طبیعی امارات کئی لحاظ سے ذات الریہ کے

دوسرے درجہ کے امارات سے مماثل ہوتے ہیں۔ ماؤف شدہ شش کی وسعت کے لحاظ سے ماؤف جانب کی نقل پذیری (mobility) میں کم وبیش کمی (impairment) ہوتی ہے۔ اور جب ترقیٔ مرض غیر معمولی طور پر سریع نہ رہی ہو تو ترقوی ہڈی کے اوپر اور ترقوی ہڈی کے نیچے کے خطوں میں صریح نشیب ہوتا ہے، جو لیفی ساخت کے انقباض سے، یا شاید بافت کے اُس ابتدائی ترین اتلاف سے پیدا ہو جاتا ہے، جس سے کہفے پیدا ہو گئے ہیں، جو ابھی اس قدر چھوٹے ہیں کہ طبیعی امارات سے نہیں پہچانے جا سکتے۔ جوں جوں اصابت جاری رہتی ہے قرع کرنے پر گمک کی کمی (loss of resonance) بڑھتی جاتی ہے۔ لیکن یہ اصمیت (dulness) شاذ ہی اتنی مطلق ہوتی ہے کہ جتنا کہ ایک پلیورائی انصباب پر۔ استماع کرنے پر مختلف صفتوں اور ارتفاع (pitch) کا شعبی تنفس سنائی دیتا ہے، اور آواز اور لغاشی بلند شعبہ صوتی کے ساتھ (loudly bronchophonic) ہوتے ہیں۔ متصمتہ تکلات (consonating râles) اور مختصر خرخراہٹیں (short rhonchi) عموماً سنائی دیتے ہیں۔

168

درجۂ سوم (اکتہاف excavation) میں جب کہ مرض کچھ عر[illegible] تک قائم رہ چکا ہے، ایک شش کو خطرناک طور پر ماؤف کر چکا ہے، یا [illegible] شش پر بھی حملہ کرنا شروع کر چکا ہے، سینہ کی شکل میں نہایت صریح تغیرات ہو جاتے ہیں۔ سب سے زیادہ ماؤف جانب پر سینہ انتہائی زفیہ کی شکل ا[illegible] ہے۔ وہ چپٹا، لمبا، اور تنگ ہو جاتا ہے۔ شانہ پست اور ڈھلوان ہوت[illegible] عظم الکتف کا زاویۂ زیریں اندر کی طرف ہٹ جاتا ہے، اور او[illegible]لی پسلیاں سامنے کی طرف ایک دوسرے سے عرضاً دور ہو جاتی ہیں، اور نیچے [illegible] پسلیاں باہم مجتمع ہوتی ہیں، اور شراسیفی زاویہ (epigastric angle) اپنی صغیر ترین جسامت اختیار کر لیتا ہے۔ پسلیوں کا باہمی اجتماع ایک لاشعاعی [illegible] پیش کرتا ہے جسے "کھپریل پن" ("roof-tiling") کہتے ہیں۔ عمومی منظر [illegible] (Plate 6, A) میں دکھلایا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔ سینہ میں ا[illegible] علامات کے علاوہ، سینہ کے بالائی حصے کی بازکشیدگی (retraction) او[illegible]

صحفہ ٦

الف۔ ترقی یافتہ سل ریوی کی وجہ سے شش کا وسیع تنفظ' ور دایاں راس پر تجوف موجود ہے،

ب دایاں پلیورائی انصباب۔ (یہ شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈ سے لاک نے لی ہیں)

صفو ۱۱،۲۱

حرکت کی ایک مناظر کمی بھی ہوتی ہے۔ قرع کرنے پر سُراصم (dull note) ہوتا ہے، خواہ کہفے موجود ہی کیوں نہ ہوں۔ لیکن جب کہفہ بڑا ہو تو ایک بیش گمکی (hyper-resonant) سُر حاصل ہوتا ہے۔ اگر ایک بڑا کہفہ شعبی نالی کے ساتھ آزادانہ ارتباط رکھتا ہو، اور مریض کا منہ کھلا ہوا ہو تو قرع کرنے سے اکثر پھوٹی ھنڈیا جیسی آواز (صوتِ ظرفِ شکستہ) (cracked pot sound) (bruit de pot fêlé) نکلے گی، جو سکوں کی ایسی جھنکار (chink of coins) سے کسقدر مشابہ ہوتی ہے جیسی کہ دونوں ہاتھوں کو ملائے ہوئے اور کھوکھلا رکھ کر گھٹنے پر مارنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اس آواز کی پیدائش میں دو عناصر کارفرما ہوتے ہیں:۔ (۱) ایک ہوا سے بھرے ہوئے کہفہ کی موجودگی۔ (۲) قرع کرنے پر ہوا کا تیزی کے ساتھ ایک تنگ فتحہ کی راہ سے باہر نکلنا۔ استماع کرنے پر ممکن ہے کہ ہمیں شعبی (bronchial)، کہفکی (cavernous)، اور قدری (amphoric) تنفس ملے، بلحاظ اس امر کے کہ کسقدر التہاف اور اُسکے گرد تلیف (fibrosis) موجود ہے۔ وہ حقیقۃً قدری صرف اُسیوقت ہوتا ہے جبکہ کہفہ بڑا ہو۔ شعبہ صوتی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) بھی پائے جائیں گے۔ کہفوں پر بڑی جسامت کے کرکراہٹ دار لغطات (crackling râles) اور فلزی جھنکار (metallic tinkling) سنائی دیتی ہے۔ استماعی اصوات عمیق شہیق لینے یا کھانسنے پر بہترین نکلتے ہیں، جب کہ بعض اوقات بعد سعالی امتصاص (post-tussive suction) کی آواز بھی سنائی دیتی ہے۔ تاوقتیکہ ایک کہفہ کم از کم اخروٹ کی جسامت کو نہ پہنچ گیا ہو، وہ غالباً تجمد کے مقابلہ میں ممیز امارات نہیں پیش کرتا۔ ساتھ ہی یہ بھی بتلا دینا چاہیئے کہ اسوقت جب کہ دوران زندگی میں کہفہ کے کوئی امارات موجود نہ تھے، بعد المماتی امتحان میں ایک کہفہ پایا گیا ہے۔

نظامِ دورانِ خون۔ مزمن سل ریوی میں قلب نسبتہً چھوٹا ہو جاتا ہے، جیسا کہ اُس کے عرض کی لاشعاعی پیمائشوں سے ظاہر ہوا ہے، جو صحیح دروں نگار (ortho-diagraph) کے ذریعہ سے لی گئیں۔ خاص عامل جو اِس کا سبب ہوتا ہے غالباً مزمن کمیٔ ورزش (chronic under-exercise) ہے۔ یہ ایک

عدم استعمالی ذبول (disuse atrophy) ہے۔

عام علامات۔ ارتفاع تپش (pyrexia)۔ سل ریوی کے ابتدائی ترین ایام سے بخار موجود ہو سکتا ہے، لیکن یہ عموماً شش میں کے تدرنی عمل کی فاعلیت سے کچھ نہ کچھ نسبت رکھتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر مرض وقتاً فوقتاً غیر فاعلی ہو جاتا ہے، تو بخار بھی متناظر عرصہ کے لئے غیر موجود ہو سکتا ہے۔ لیکن وہ اکثر مہینوں تک مسلسل موجود ہوتا ہے۔ صبح کی نسبت شام کو تپش عموماً زیادہ بلند ہوتی ہے، اور وہ یا تو متفتر (remittent) قسم کی ہوتی ہے یا متوقف (intermittent) قسم کی۔ بخار کے زیادہ بلند درجوں کے ساتھ وہ بے آرامی اور کسلمندی (discomfort and malaise) ہوتی ہے جو ارتفاع حرارت میں عام ہے۔ جب تپش گرتی ہے تو وافر پسینے (profuse sweats) آتے ہیں، بالخصوص مرض کے بڑھے ہوئے درجوں میں، اور کبھی کبھی پسینہ آنے سے پہلے خفیف سی سردی لگتی ہے۔ لیکن حقیقی قشعریرہ نادر الوقوع ہے، اور عام ترین واقعہ یہ ہے کہ مریض رات کے ابتدائی حصے میں، جہاں تک کہ کھانسی موقع دے، کم و بیش سکون کے ساتھ سو جاتا ہے، اور علی الصباح بیدار ہو کر خود کو پسینہ سے شرابور پاتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں بھی کسی قدر شب عرقی (night sweating) غیر عام نہیں۔

لاغری (loss of flesh) اور ضیاع قوت۔ دبلا پن سل ریوی میں قاعدۂ کلیہ کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ ایک ابتدائی ترین علامت ہو اور اس وقت جب کہ کھانسی محض ایک شعبی نازلت سمجھی گئی ہو یہ ایک انتباہی نشان ہو۔ ایک مزمن اصابت کے اختتام پر لاغری انتہائی درجہ کی ہو جاتی ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں تغذیہ اس وقت بھی خاصہ اچھا قائم رہتا ہے جب کہ طبیعی امارات یہ ظاہر کرتے ہیں کہ ایک بڑا بلکہ صریحاً فاعلی ضرر موجود ہے۔ عضلی طاقت جلد کمزور پڑ جاتی ہے، اور مریضوں کی توانائی جاتی رہتی ہے اور وہ سست ہو کر طویل محنت کے ناقابل ہو جاتے ہیں، خواہ یہ محنت دماغی ہو یا جسمانی۔ لیکن بہت سے مریضوں میں دماغی حالت بڑی امید اور اعتماد کی ہوتی ہے، اور اسوقت بھی

جب کہ وہ مجبور اور بے دست و پا پڑے ہوتے ہیں وہ اس کا صحیح اندازہ لگانے میں قاصر رہتے ہیں کہ وہ کسقدر بیمار ہیں، اور توقع رکھتے ہیں کہ اگر ایک بار کھانسی سے نجات مل جائے تو شفائے کلی ہو جائے گی۔

علم دمویت (anæmia) ایک کثیر الوقوع علامت ہے، ابتدائی اور آخری دونوں درجوں میں، اور اگر نفث الدم سے خون ضائع ہوا ہو تو یہ اور بھی شدید ہوتی ہے۔

زراق (cyanosis)۔ چہرہ کبود ہوتا ہے، بالخصوص اُن حاد اصابتوں میں جن میں شش کا ایک بڑا رقبہ ماؤف ہو، اور اس وجہ سے شریانی خون کا تاکسد (oxygenation) ناقص ہو۔ اُن مزمن اصابتوں میں جن میں قلب کی دائیں جانب کسیقدر متسع ہو گئی ہو، زیادہ بین زراق ہوتا ہے، جو بالخصوص وریدی دوران خون کے بطوء (retardation) کے باعث ہوتا ہے، جب کہ نظامی خون (systemic blood) سے عروق شعریہ کی طرف معمول کی نسبت زیادہ آکسیجن خارج ہو جاتی ہے۔

انگلیوں کی گرزشکلی (clubbing of the fingers) سل ریوی کا ایک عام مظہر ہے، اگرچہ صرف یہ اُسی سے مختص نہیں۔ بقیہ انگلی کے لاغر ہو جانے کے باعث یہ منظر اور بھی نمایاں ہو جاتا ہے۔ یہی تغیر پاؤں کی انگلیوں میں بھی نظر آ سکتا ہے۔ (ملاحظہ ہو بیش پرورشی ریوی عظمی وا المفصل = hypertrophic pulmonary osteo-arthropathy)۔

علاماتِ سوءِ ہضم، جیسے کہ عدم اشتہا، متلی، اور قے، دورانِ مرض میں کسی وقت واقع ہو سکتے ہیں۔ آخری درجوں میں متلی یا غذا سے تنفر اس قدر نمایاں ہو جاتا ہے کہ طبیب اور ممرضہ کو یہ ایک خاص دقت ہوتی ہے کہ مریض کو کوئی بھی چیز کیسے کھلائی جائے۔ آخری درجوں میں اسہال (diarrhœa) عام ہوتا ہے۔ یہ محض نازلتی حالت کے باعث ہو سکتا ہے، یا لفائفی (ileum) کے تقرح یا چربیشی (lardaceous) مرض کی وجہ سے۔ اجابتیں مختلف ہوتی ہیں، بعض اوقات زرد رنگ کی، غیر ہضم شدہ، اور اُن میں قدرے

مخاط یا خون ہوتا ہے۔ التہاب باریطون (peritonitis) ایک ودنی قرحہ کا نتیجہ نہایت شاذ ہوتا ہے۔ زیادہ اکثر وہ باریطون میں کے درنوں کے باعث ہوتا ہے لیکن یہ ایک عام پیچیدگی نہیں ہے۔

متذکرۂ بالا علامات کے علاوہ جسم کے دوسرے حصوں میں درنے جم جانے سے بھی علامات پیدا ہو سکتے ہیں جیسا کہ مرضی تشریح کے باب میں بیان کیا گیا ہے۔ ان میں سب سے زیادہ عام حنجری تدرن (laryngeal tuberculosis) ہے۔ علاوہ ازیں مختلف عفونی پیچیدگیاں ہو سکتی ہیں جیسے کہ دمامل (furuncles)، قروح الفراش (bed-sores) وغیرہ آخری درجوں میں؛ اور فخذی وریدی علقیت (femoral venous thrombosis)، جو بائیں طرف زیادہ عام ہوتی ہے۔

ریوی تدرن کی دوسری شکلیں ۔ ذات الریوی سل (pneumonic phthisis) (خنازیری ذات الریہ = scrofulous pneumonia) یہ بہت کچھ حاد ذات الریہ کے حملہ کی طرح شروع ہوتی ہے، جس میں ایک پہلو میں درد، تیز بخار، سردی لگنا (chills)، اور شب عرقی (night-sweats)، کھانسی اور نفث ہوتے ہیں۔ طبیعی امارات بھی ذات الریہ کے ہوتے ہیں۔ لیکن وہ راس پر سب سے زیادہ نمایاں ہو کر نیچے کو پھیلتے ہیں۔ اصمیت (dulness)، شعبی تنفس اور شعبہ صوتی (bronchophony) کے ساتھ موٹے مخاطی لغطات، تنغم لغطات (consonating râles)، اور بلند کلک (loud clicks) ہوتے ہیں۔ اکثر یہ حالت ایک پھیپھڑے کی نسبت دوسرے میں بہت زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ یہ خرابی بسرعت پھیل جاتی ہے، ارتفاع تپش شدید ہوتا ہے، پسینے بکثرت نکلتے ہیں، اشتہا بالکل جاتی رہتی ہے، اور انبطاح (prostration) انتہائی درجہ کا ہو جاتا ہے۔ شش کی شکست و ریخت (breaking down) ہونے کے آثار زیادہ سے زیادہ نمایاں ہوتے جاتے ہیں۔ تپش متوقف (intermittent) طرز اختیار کر لیتی ہے۔ بُساق ریمی ہو جاتا ہے اور اس میں شش کی بافت کا چورا (debris) موجود ہوتا ہے۔ یہ بیماری یا تو خستگی (exhaustion) کی وجہ سے یا نفث الدم کے

باعث، جو اگر کچھ ہوتا ہے تو نہایت افراط کے ساتھ) اکثر پانچ سے بارہ ہفتوں تک میں مہلک ہو جاتی ہے۔

سلِ نافچہ (hilum phthisis)۔ یہ مرض کی ایک مزمن شکل ہے۔ مریض جو عموماً بچہ، اور بعض اوقات بالغ ہوتا ہے ہمیشہ تکان کے احساس کی شکایت کرتا رہتا ہے۔ تپش اکثر خفیف سی بلند ہوتی ہے، یعنے صبح کے وقت شاید ۹۹ درجہ فارن ہائٹ، اور شام کو ۱۰۰ درجہ فارن ہائٹ (مستقیمی)۔ پیچھے کے طرف شُش کی جڑ کے مقام پر ایک یا دونوں جانب، عظم الکتف کے فقری کناروں کے درمیان، گھٹا ہوا اُسر (impaired note) ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ خاکنائے کرونگ (Kronig's isthmus) بھی کم ہو گئی ہو۔ لغطات (râles) شاذ ہی سنائی دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بالغوں میں قرعی سیر میں کوئی تبدیلی نہ پائی جائے۔ ان نہایت ہی غیر متعین طبیعی امارات کے برعکس، لاشعاعیں جڑ کی طبیعی چھاؤں (normal root shadows) میں زیادتی ظاہر کرتی ہیں (جو غالباً لمفائی درر بخیتگی کے باعث ہوتی ہے)، اور وسیع یا رِیک تنقط (mottling) پھیپھڑوں پر ہر جگہ پایا جاتا ہے۔ صرف اُسیوقت جب کہ یہ کیفیت، جو ابتدائً مرکزی ہوتی ہے، سطح تک پہنچ جاتی ہے، لغطات سینہ پر مختلف مقامات پر بالخصوص پھیپھڑوں کی بیرونی سطحوں پر سنائی دے سکتے ہیں۔

170 لیفی سِل (fibroid phthisis)۔ یہ راسی سِل (apical phthisis) کی ایک نہایت مزمن شکل ہے، جو اکثر صرف ایک ہی شُش کو ماؤف کرتی ہے۔ سریریاتی لحاظ سے یہ حالت مرضی شُش کے انقباض کے علامات سے شناخت میں آتی ہے۔ سینہ بیٹھا ہوا (sunken) ہوتا ہے، قلب ماؤف جانب کی طرف ہٹا ہوا (displaced) ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مقابل شُش اپنا گمک وار رقبہ اسی سمت میں بڑھا دے۔ اگر بایاں شُش مرضی ہے تو ممکن ہے کہ طحال اور معدہ اور اگر دایاں شُش ماؤف ہے تو ممکن ہے کہ جگر سینہ میں دُور تک اوپر کھنچ آئے۔ کہفوں کے طبیعی امارات خاص کر اس پر ہوتے ہیں، جیسے کہ سِل کی دوسری اصابتوں میں۔ لیکن گمک کی کمی، شعبی تنفس، اور شعبہ صوتی (bronchophony)

شانہ سارے ماؤف ششش پر موجود ہوتے ہیں۔ اگر دوسری جانب ماؤف ہوتی ہے تو وہ صرف راس پر ماؤف ہوتی ہے۔ اکثر کھانسی یا نفث زیادہ نہیں ہوتے۔ پسینہ بھی نہیں ہوتا' اور تپش طبعی ہوتی ہے آخری درجوں میں ممکن ہے کہ قلب کے دائیں جانب کا فشل ہو' اور اس کے ساتھ سانس پھولا ہوا' استسقا اور زراق بھی۔

سل کی تشخیص۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں علامات اور طبیعی امارات تشخیص کو واضح کر دیتے ہیں۔ ابتدائی درجوں' اور سکون (quiescence) یا ایقاف (arrest) کے زمانوں کے سوائے' بصاق درنی عصیات ظاہر کرے گا۔ ان کی شناخت کے لئے ضروری ہے کہ ان کی تلوین کر کے ان کو ۳۵۰ یا ۴۰۰ قطروں کی خرد بینی طاقت سے دیکھا جائے۔ آجکل زیل نیلسن (Ziehl Neelsen) کا طریقۂ تلوین عام طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ ایک شیشۂ محافظ پر بصاق کی ایک پتلی تہ کا آلود (smear) پھیلایا جاتا اور آہستہ آہستہ گرم کر کے خشک کر لیا جاتا ہے' اور پھر سے ریکہ (slide) کو ایک سپرٹ لیمپ کے شعلہ میں سے تین بار گذار کر اسے مثبت کر لیا جاتا ہے۔ الکحل مطلق کے ۱۰ حصوں میں فکسین (fuchsin) کے ایک حصے کا محلول' فینال کے ۵ فی صدی آبی محلول کے ۱۰۰ حصوں میں شامل کر دیا جاتا ہے۔ اسے گرم کیا جاتا ہے' یہاں تک کہ بھاپ اٹھنے لگے۔ اب فلم کو نیچے کی طرف رکھتے ہوئے شیشۂ محافظ کو اس آمیزہ پر تین یا چار منٹ تک ترایا جاتا ہے' اور پھر پانی سے دھو کر سلفیورک ایسڈ کے ۲۰ فی صدی محلول میں ڈبو دیا جاتا ہے' یہاں تک کہ اس کا رنگ اڑ جائے۔ پھر اس کو پانی میں دھو لیا جاتا ہے' اور میتھلین بلیو (methylene blue) کے تقریباً سیر شدہ آبی محلول کے ذریعہ اس کی ضد تلوین (counter-stain) کر لی جاتی ہے' پھر اسے جلدی سے پانی سے دھویا جاتا ہے' خشک کیا جاتا ہے اور اس کا ترکیب زائلال بالسم (xylol balsam) میں کر لیا جاتا ہے۔ نیز تشخیصی اغراض کے لئے بصاق کا انثراب ایک گینی پگ میں کیا جاتا ہے' اور چھ ہفتوں کے بعد اس جانور کا امتحان دخنی تدرن (miliary tuberculosis) کے لئے کیا جاتا ہے۔

صحفہ ،

الف سل ریوی میں دائیں راس پر کہفہ ہے

ب ۔ وہی مریض استرواح الصدر کے امالہ کے بعد۔ دیکھو ایک چھوٹا سا کہفہ ہنوز باقی ہے شش اور جداری پلیورا کے درمیان انضمام ہے اور قلب بائیں طرف کو ہٹا ہوا ہے۔ (یہ شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہیں)

المقال صفحہ 170

لچکدار بافت کے ریزے، جو آخری درجوں میں بصاق کے ساتھ موجود ہوتے ہیں، خوردبین سے دیکھے جاسکتے ہیں جس کے لئے اُن چھوٹی ناہموار گرہکوں (nodules) کو جو بعض اوقات پائی جاتی ہیں سوئی سے کرید کر پھیلانا چاہئے یا بصاق کو بیس منٹ کے لئے لائکر سوڈی (liquor sodæ) میں ابال کر ثفل (sediment) کا امتحان کرنا چاہئے۔ لچکدار بافت ہر اُس اصابت میں پائی جاتی ہے کہ جس میں شُش کی بافت کا فاعلی اتلاف ہو۔

سل ریوی کے ابتدائی درجوں میں اُس کی موجودگی کا یقینی طور پر جاننا نسبتہً بہت زیادہ مشکل ہوتا ہے۔ کھانسی، نفث اور لاغری کی زیادہ بین علامتوں کے علاوہ، جو ممکن ہے کہ سب کی سب غیر موجود ہوں، مندرجۂ ذیل سے قیمتی اشارات (indications) حاصل ہوتے ہیں:۔ (۱) تکان کا احساس جس کی مریض کو شکایت ہوا کرتی ہے۔ (۲) مستقیمی تپش میں تغیرات۔ نہایت ابتدائی اصابتوں میں مستقیمی تپش علی الصباح اُس تپش کی بہ نسبت کم ہوا کرتی ہے جو کہ اوسط معمولی موضوع کی ہوتی ہے، یعنی ۹۷ درجہ فارن ہائٹ سے نیچے۔ ازاں بعد ۷ بجے صبح وہ ہمیشہ ۹۸٫۴ درجہ فارن ہائٹ سے اوپر اور شام کو ورزش کے ایک گھنٹہ کے بعد ۹۹٫۵ درجہ فارن ہائٹ سے اوپر ہوا کرتی ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ عورتوں میں مستقیمی تپش حیض شروع ہونے سے ایک ہفتہ پہلے اور کبھی کبھی ابتدائی حیض کے بعد ایک ہفتہ تک طبعی طور پر قدرے بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ (۳) ذات الجنب کی سرگذشت بھی موجود ہوسکتی ہے۔

ابتدائی طبیعی امارات، جو تشخیص میں کیسقدر مفید ہوسکتے ہیں، یہ ہیں:۔ ایک راس پر گمک کی کمی (impaired resonance) اور ساتھ ہی گھٹا ہوا حویصلی خریر (vesicular murmur) یا گھٹے ہوئے حویصلی خریر کے ساتھ شہیق (inspiration) کے دوران میں یا کھانسنے کے دوران میں لغطات (râles)۔ سل کی تشخیص میں رانجینی شعاعوں (Rontgen rays) سے قیمتی مدد حاصل ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ طبیعی امارات پائے جانے سے پہلے تمثیلی مناظر موجود ہوں (صحفہ ۶ الف و ۷۔ صفحات 174, 168 ملاحظہ ہوں)۔ ممکن ہے کہ

ایک ڈائفرام کی حرکت میں کمی ابتداہی سے موجود ہو۔
مختلف قسم کے جلدی درنے (tuberculides) جب جلد پر شناخت ہو جائیں، تو کسی اندرونی تدرنی ضرر کا پتہ دیتے ہیں (ملاحظہ ہو بعد کے صفحات)۔

تشخیص میں ٹیوبرکیولین (tuberculin)۔ مانٹو (Mantoux) کا کاشفہ اب عالمگیر طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ قدیم ٹیوبرکلین (tuberculin) (Okell, 1930) کو بھاپ کے اوپر دس گنا مرتکز کیا جاتا ہے اور اس کو ۰.۵ فی صدی فینال (phenol) پر مشتمل ایک طبعی ملح کے ذریعہ ترقیق کرکے ہر چودہ دن کے بعد $\frac{1}{10000}$، $\frac{1}{1000}$، $\frac{1}{100}$، $\frac{1}{10}$ کی طاقتوں میں محفوظ کر دیا جاتا ہے۔ $\frac{1}{10000}$ کا ۰.۱ مکعب سینٹی میٹر لے کر اس کو درون جلدی طور پر اشراب کر دیا جاتا ہے، اسی طرح جس طرح کہ صفحہ 140 پر بیان کیا گیا ہے۔ ایک تاخیر پذیر، مواظب، التہابی مجیبیت (response) جس کی اعظم مقدار ۴۸ یا ۷۲ گھنٹے سے پہلے واقع نہ ہو، تدرنی سرایت ظاہر کرتی ہے (53)۔ یہ نہایت تعجب کی بات ہے کہ بچھڑے کے گوشت کی گلسرین آمیختہ (glycerinated) پپتونی یخنی بالکل ٹیوبرکلین کی طرح عمل کرتی ہے (54)۔ اس سے اس واقعہ کی یاد تازہ ہوتی ہے کہ واژرمن (Wassermann) تعامل کے لئے ضد جسم آفرین (antigen) غیر آتشکی مادہ سے تیار کیا جاتا ہے۔ اگر ردعمل بالکل نہ ہو، تو اگلی طاقت استعمال کی جاتی ہے، وعلیٰ ہذالقیاس۔

تشخیص متمم تثبیتی تعامل کے ذریعہ (complement fixation reaction)۔ جس طرح کہ تشخیص آتشک کے لئے تعامل واژرمن سے مدد ملتی ہے، اسی طرح تدرن کی تشخیص کے لئے بارڈے گنگاؤ (Bordet Gengou) کے تعامل کے استعمال سے بعض کارکنوں کی رائے کے مطابق حال ہی میں عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ زندہ عصیات درنیہ کا ایک مستحلب (emulsion) بطور اینٹی جن (antigen) کے کام میں لایا جاتا ہے۔ جب اسے ایک تدرنی مریض کے مصل کے ساتھ ملایا جائے تو یہ متمم (complement) کی تثبیت کر دیتا ہے، چنانچہ ایک حساس کردہ دم پاش مصل (sensitised hæmolytic serum)

کے ذریعہ سرخ خلیوں کی دم پاشیدگی (hæmolysis) واقع نہیں ہو سکتی (30)۔

نفث الدم (hæmoptysis) کو تدرن کی دلالت سمجھ لینے سے پہلے یہ صاف طور پر پہچان لینا چاہیے کہ خون درحقیقت شُش سے آتا ہے' نہ کہ معدے' ناک' یا دانتوں سے۔ مریض کے بیانات اکثر غیر تشفی بخش یا گمراہ کن ہوتے ہیں۔ خون پھیپھڑوں سے کھانسا ہوا' سرخ اور جھاگ دار ہونا چاہیے۔ اکثر اس کے آنے سے پہلے حلق میں گدگدی محسوس ہوتی ہے' اور متلی کا وہ احساس نہیں ہوتا' جو قئے الدم (hæmatemesis) میں زیادہ عام ہے۔ مزید برآں اگر خون پھیپھڑوں سے آیا ہے' تو مریض آزادانہ نزف واقع ہونے کے بعد عموماً چوبیس یا اڑتالیس گھنٹوں تک بُساق کے ساتھ ملا ہوا خون تھوکے گا۔ یہ ممکن ہے کہ پرپیورا (purpura) میں خون کا نفث فی الحقیقت شُش سے ہو' لیکن اس کا سبب متلازم علامات پر سے بآسانی پہچانا جائے گا۔ بعض اوقات نوعمر اشخاص میں مطرانی ضیق (mitral stenosis) میں نفث الدم ہوتا ہے۔ اگرچہ سل ریوی' الکحلیت' اور کھبت جگر (cihrrhosis of the liver) اکثر ایک ساتھ پائے جاتے ہیں' تاہم پھیپھڑوں سے خون کا آنا اکثر کھبت (cirrhosis) کے دوران میں تدرن سے بالکل علیحدہ بھی ہو سکتا ہے' اور غیر معمولی بلند شریانی دباؤ کی وجہ سے' بالخصوص معمر اشخاص میں' نفث الدم کا ہونا شاذ نہیں۔

بعض اوقات بین رو (intercurrent) شعبی التہاب (bronchitis) یا ذات الریہ سے سل ریوی مخفی ہوجاتی ہے۔ ایک یا دوسرے راس پر طبیعی امارات کی تفخیم (accentuation) اہم ہے' نیز سرگذشتِ مرض' نفث الدم (اگر وہ موجود ہو)' اور بُساق میں عصیتوں کا پایا جانا۔ تمدد الشعب (bronchiectasis) کے ساتھ خلط ملط ہوجانے کے امکان کا تذکرہ پہلے کیا جاچکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 137)۔ تقیح الصلب کے ساتھ بخار' پسینہ' اور لاغری موجود ہوتی ہے' اور اگر وہ شُش میں سے ہوکر پھوٹ پڑے تو کھانسی اور ریمی بُساق موجود ہوگا۔ طبیعی امارات عموماً قاعدے میں موجود ہوں گے۔

اِنذار۔ اور کسی مرض میں اصابتیں شاذ ہی اس قدر مختلف ہوتی ہیں

جسقدر کہ وہ سل ریوی میں ہوتی ہیں۔ اگر اس کی شناخت اس کے ابتدائی درجہ میں ہو جائے تو یہ اسقدر کلی طور پر شفایاب ہو سکتی ہے کہ سریریاتی طور پر اسکے کوئی آثار نہیں پائے جا سکتے۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ چند ہی مہینوں میں مہلک ہو جائے۔ یا ممکن ہے کہ یہ دس بیس بلکہ پچاس سال تک جاری رہے اور اس سارے عرصہ کے دوران میں واضح طبیعی امارات اور علامات موجود رہیں۔ اس میں سرایت کی قشبیت (virulence)، اور مریض کی قابلیت مدافعت، یہ دونوں تغیر پذیر عناصر ہوتے ہیں، اور تاوقتیکہ مریض کچھ عرصہ تک زیر مشاہدہ یا زیر علاج نہ رہے یہ اندازہ کرنا مشکل ہے کہ ان میں سے کون غالب رہے گا۔ ممکن ہے کہ علاج سے فی الفور بہتری واقع ہو جائے، یا دوران مرض میں کسی وقت بھی مریض کی محافظ قوتیں اس قدر زیادہ ہو جائیں کہ عرصہ دراز کے لئے اس کے عمل کو روک دیں۔ اور کسی حالت میں بھی اس کے متعلق جلد بازی سے پیشین گوئیاں نہ کرنی چاہئیں کہ خاتمہ کب ہوگا۔ تاہم بعض عاملات کے متعلق معلوم ہے کہ وہ انذار پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ مثلاً مڈہرسٹ (Midhurst) کی شاہ ایڈورڈ ہفتم کی صحت گاہ سے خارج شدہ سل کے مریضوں کی سرگذشتہائے مابعد (after-histories) نے اخراج کے تین تا سات سال بعد پہلے درجہ میں ۶، ۱۵ فی صدی اموات (Turban-Gerhardt)، درجۂ دوم میں ۳، ۴۸ فی صدی اموات، اور درجۂ سوم میں ۴، ۰۰ فی صدی اموات ظاہر کئے۔ جب تدرنی التہاب حنجرہ بھی موجود تھا تو یہ اعداد علی الترتیب ۹، ۴۲، ۳، ۶۳، اور ۳، ۸۷ فی صدی تھے۔ اس پیچیدگی نے انذار کو بہت بدتر بنا دیا، بالخصوص ابتدائی درجوں میں (5)۔ دوسری پیچیدگیوں کی موجودگی بھی ناموافق ہوتی ہے۔ انذار اس وقت بہت بہتر ہوتا ہے جب کہ علاج کی وجہ سے یا تو بُصاق نہ ہو یا اس میں عصیات درنیہ نہ مل سکیں۔ انذار کا انحصار اس احتیاط کی مقدار پر بھی ہوتا ہے جو مریض اخراج (discharge) کے بعد اپنے متعلق اختیار کرے۔ بالعموم وہ مرفہ الحال اشخاص کے نسبت اہل حرفہ کی حالت میں بہت بدتر ہوتا ہے۔ حمل بھی اس مرض پر ناموافق اثر رکھتا ہے

اور یہ امر ابتدائی زچگی کے بعد مشاہدے میں آتا ہے۔

تحریز ۔ تازہ ہوا اور عمدہ غذا جیسی کہ مریض سل کے لئے مناسب بتائی گئی ہے، مسلول والدین کے بچوں کے لئے بھی مناسب ہے۔ ایسے ہی ذرائع سے وہ اس عُصیہ کے مقابلہ کے لئے اپنی بافتوں کی قوت مدافعت بہترین طور پر بڑھا سکتے ہیں۔ اُن مسلول مریضوں کو جو شادی کرنے والے ہوں اس خطرے سے آگاہ کر دینا چاہئے کہ اُن کی اولاد میں اس مرض کے نمویاب ہو جانے کا امکان ہے۔ اسی طرح ایک تندرست زوج کو سرایت ہو جانے کا صریح خطرہ ہے۔ اگر کسی مکان میں ایک مسلول مریض رہتا ہے تو دوسرے تندرست مکینوں کو سرایت کے خطرہ سے اپنی حفاظت کرنی چاہئے۔ مریض کو ایک علیحدہ کمرے میں سونا چاہئے جس میں کوئی دوسرا نہ رہے۔ دروُنی جامے (underclothes) اور بستر کے کپڑوں کو دھونے سے پہلے گرم پانی میں جھلسا لینا چاہئے۔ مکان میں وافر ترویح ہونی چاہئے۔ تمام اصابتوں میں بساقوں (sputa) کو ایک عفونت کش سیال (۵ فی صدی کاربولک کے محلول) کے اندر تھوکنا (eject) چاہئے اور بالآخر اُنھیں دس منٹ کے لئے اُبلتے ہوئے پانی میں منکشف کر کے بے ضرر (innocuous) بنا لینا چاہئے۔ تدرن زدہ مائیں اپنے شیر خوار بچوں کو دودھ نہ پلائیں۔

علاج ۔ ایک ابتدائی اصابت کے لئے اہم ترین علاج کامل سکون و آرام ہے یہاں تک کہ کوئی تپ باقی نہ رہے، اور مزمن اصابتوں کے لئے ایک زرّیں قاعدہ یہ ہے کہ ہر ہفتہ میں ایک دن بستر میں گذارا جائے۔ دیگر ضروریات تازہ ہوا (ملاحظہ ہو صفحہ 5) اور مفرط عمدہ غذا ہیں۔ حتی الامکان مریض کو بے محنت اور بے غم زندگی بسر کرنی چاہئے۔ عورت میں حمل نہ ہونے دینا چاہئے، اور اگر حمل شروع ہو گیا ہو تو اُسے ابتدائی درجہ ہی میں ختم کر دینا چاہئے۔

تدرنی سرایت کا ثبوت بہم پہنچنے کے بعد مندرجہ بالا مقاصد کو مدنظر رکھ کر علاج حتی الامکان فی الفور شروع کرنا چاہئے۔ علاج کے کارآمد طریقے دو گروہوں میں تقسیم کئے جا سکتے ہیں :- **عمومی**، یعنے صحت گاہی علاج، تبدیل آب و ہوا کے ساتھ یا اُس کے بغیر۔ **نوعی** (specific)، یعنے ٹیوبرکیولین کا علاج،

مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) اور سانوکرائسین (sanocrysin)۔ علاماتی علاج (symptomatic treatment) بھی حسبِ ضرورت عمل میں لانا چاہیئے۔

صحت گاہی علاج (sanatorium treatment) صحت گاہی علاج کا اولین مقصد یہ ہے کہ مریضوں کو مرض کے متعلق کافی معلومات حاصل کرادئے جائیں' تاکہ وہ اپنی باقی زندگیاں ایسے حالات کے تحت بسر کرسکیں جو شفا کے لئے سازگار ہوں۔ دوسرا مقصد یہ ہے کہ کم از کم تین مہینوں کے عرصہ کے لئے' جسے اس سے بہت زیادہ طویل ہونا چاہیئے' ایسے حالات بہم پہنچادئے جائیں جو ان کی شفایابی کی ابتدا کرنے میں ممد ہوں۔ مریضوں کو حد سے زیادہ گرم نہ رکھنا چاہیئے' کیونکہ سردی تحول (metabolism) میں تہیج پہنچاتی ہے۔ وہ عملاً دن بھر اور رات بھر کھلی ہوا میں رہتے ہیں' کسی کھلے مقام پر یا ہوا اور مینہ سے بچانے والے محفوظ مقامات (shelters) میں سونے کے کمرے اور دن کے کمرے کامل طور پر ترویح یافتہ ہوں' اور یہ کمرے ایسے بنے ہوئے ہوں کہ گرد و غبار کے اجتماع کو روکیں۔ مریضوں کو عمدہ غذا دیجاتی ہے' یعنے روزانہ سادہ مگر مختلف قسم کے تین کھانے دئے جاتے ہیں' اور کھانے کے بعد بچی ہوئی غذا کو تول کر اس امر کی احتیاط رکھی جاتی ہے کہ وہ غذا کی کافی مقدار کھائیں۔ ورزش کی اجازت صرف اسی وقت دیجاتی ہے جب کہ صبح کی تپش طبعی درجہ پر' اور شام کی تپش (مستقیمی) ۹۹٫۵ سے اوپر نہ ہو۔ ورزش تپش کو غالباً کچھ عرصہ کے لئے بڑھاویگی۔ اگر تپش ایک گھنٹہ کے آرام کے بعد طبعی درجہ پر نہ گر جائے' تو ورزش موقوف کردینی چاہیئے۔ مریض آہستہ چلنا شروع کرتا ہے' اور پھر ورزش کی مقدار بتدریج بڑھائی جاتی ہے۔ بہرحال وہ کھانا کھانے سے ایک گھنٹہ پہلے اور ایک گھنٹہ بعد تک آرام لیتا ہے۔ اور اُسے تند ورزش اور ہیجان پیدا کرنے والے کھیلوں یا تفریحات کی ممانعت ہے۔ مریض کا لباس ہوا کی تپش کے مطابق ہونا چاہیئے۔ اس نظام کے مطابق علاج کرنے سے بہت سے مریضوں کو عارضی طور پر فائدہ پہنچا ہے' لیکن اس پر تین ماہ کے عرصہ (جس کے لئے وہ بعض اوقات تجویز کیا جاتا ہے) سے بہت زیادہ مدت تک عمل پیرا ہونا چاہیئے۔

واقعہ یہ ہے کہ غربا کی جماعت کے مریضوں کے باحتیاط منضبط کردہ نتائج کے ایک سلسلہ سے ظاہر ہوا ہے کہ تین ماہ کا صحت گاہی علاج بالکل فائدہ بخش نہ ہوا، غالباً اس وجہ سے کہ مریض اپنے طبعی ماحول میں دماغی اور جسمانی طور پر مدافعتِ مرض کے لئے کم و بیش متوافق ہو گیا تھا، لیکن صحت گاہ میں کچھ عرصہ ٹھہرنے کے بعد اُس کا یہ توافق زائل ہو گیا، اور جب وہ اپنے معمولی ماحول اور کام پر واپس گیا تو پھر یہ توافق اُسے دوبارہ حاصل نہ ہوا (Ward)۔ اس کے ساتھ ہی یہ بھی ہے کہ صحت گاہ میں چند روزہ قیام یوں بھی مفید ہوگا کہ مریض اپنے علاج کے اصول سیکھ جائے گا، تاکہ وہ خود اپنے گھر پر جہاں تک حالات اجازت دیں اُن پر عمل پیرا ہو سکے۔ بالخصوص آرام، ترویح، بُساق کے جمع کرنے اور تلف کرنے، اور مغذی غذا کی افراط پر زور دینا چاہیے، اور مریضوں کو اپنی تپش لینا سکھنا اور جب تک تپش بڑھی ہوئی ہو بستر پر آرام لینا چاہیے۔ اس لحاظ سے تدرنی دواخانے (dispensaries) مفید ہیں۔

173

صحت گاہ کی ایک ترقی یافتہ صورت تدرنی نوآبادی (colony) ہے، جہاں مریض مع اپنے خاندان کے کم و بیش مستقل طور پر اضلاع میں موافق حالات کے تحت رہ سکتے ہیں اور کوئی ایسا پیشہ انجام دے سکتے ہیں جو ایک حد تک اُنکے علاج کے مصارف پورا کر دیتا ہے (31)۔

تبدیل آب و ہوا۔ عموماً جو مقامات منتخب کئے جاتے ہیں وہ جنوبی آفریقہ، نیوزیلینڈ، سوئٹزرلینڈ یا ٹاٹرا (Tatra) کی بلندیاں، ڈیواس (Davos)، مانٹانا (Montana) اور ملوجا (Maloja) جیسے مقامات پر ہیں یا انگلستان کا مشرقی ساحل ہے۔ ایک پہاڑی مقام کے خلیاتی اثرات کہ جس کی فضا میں نسبتہً پست آکسیجنی دباؤ ہوتا ہے، عدیم المثال ہوتے ہیں (55)، اور جو کچھ بھی فائدہ ہوتا ہے یقیناً انہی کی طرف منسوب کیا جا سکتا ہے، خصوصاً خون آفریں اعضا پر ایک تہییجی اثر، جس سے کثرت خلیات احمر اور خون میں ہیموگلوبن کی زیادتی واقع ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 5)۔ بسا اوقات طویل المدت سکونت کی ضرورت ہے اور کسی درمیانی مقام مثلاً بال (Bâle) پر کچھ وقت پہلے گذار لینا زیادہ محفوظ ہے۔ مریض کو ان میں سے کسی ایک مقام پر خشک، سرد اور تقویت بخش ہوا

مل سکتی ہے، جس سے وہ بلا سردی لگ جانے کے خطرے کے روزانہ کئی گھنٹوں تک گھر سے باہر رہکر لطف اندوز ہو سکتا ہے ۔ اور سارا موسم سرما اس سردی مرطوبیت اور کہر سے محفوظ رہ کر صرف کر سکتا ہے جو کہ انگلستان کے بیشتر حصہ میں اس موسم میں ہوتی ہے اور گرما میں اپنے گھر واپس آ سکتا ہے، جب کہ موسم زیادہ قابل برداشت ہوتا ہے ۔ سرما کی آمد کے ساتھ اسے پھر وہی آب و ہوا تلاش کرنی چاہیئے جیسے وہ موافق پا چکا ہے ۔ سل ریوی کے ان مریضوں کے لئے، جنھیں ثانوی شعبی التہاب کی سرایت ہو، ایک خشک آب و ہوا بالخصوص مرغوب ہے ۔ زیادہ ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ نسبتہً کم شدید آب و ہوائیں (milder climates) فائدہ مند ہوں جیسے کہ ریویرا (Riviera) کی یا انگلستان کے جنوبی ساحل کی۔ غسل آفتابی (sun-bathing) یا علاج شمسی (heliotherapy) یا ماورائے بنفشی روشنی (ultra-violet light) سے علاج، جیسا کہ جراحی تدرن میں عمل میں لایا جاتا ہے، بالعموم قرین مصلحت نہیں ہوتا کیونکہ ششوں کے امتلاء کے باعث نفث الدم ہونے کا امکان ہے ۔ سوئزرلینڈ میں تو یہی تجربہ ہوا ہے، تاہم ممکن ہے اس ملک میں لوگ اسے بہتر برداشت کریں ۔ یہ علاج نہایت آہستہ آہستہ شروع کرنا چاہیئے، اور جوارح سے شروع کرکے منکشفہ سطح کو بتدریج بڑھا دینا چاہیئے ۔ حرقۃ الشمس (sun-burn) سے بچاؤ کرنا چاہیئے ۔ مقصود یہ ہو کہ احمرار (erythema) یعنے جلد کی سرخی پیدا ہو جائے، جس کے بعد لونیت (pigmentation) پیدا ہو جاتی ہے ۔ جہاں مرض فاعل ہو، اور محنت کرنے پر خفیف بخار، نفث الدم وغیرہ ہوں وہاں علاج شمسی کا استعمال نہیں کرنا چاہیئے (32)۔

ٹیوبر کیولین کا علاج (tuberculin treatment)۔ اس سے یہ مقصود ہوتا ہے کہ اجسام دافعہ (anti-bodies) پیدا کرکے جسم کو تدرنی سرایت سے مناعت یافتہ کر لیا جائے ۔ شاید کاخ کی جدید ٹیوبر کیولین (Koch's new tuberculin) یا "ٹی ۔ آر" (T. R.) (tuberculin Ruckstand)، جو سفوف کردہ (triturated) انسانی عصیتوں کا ایک مستحلب ہے، نہایت عام طور پر مستعمل ہے ۔ اس کی مقدار خوراک کے متعلق موجودہ دستور یہ ہے کہ اسے اس نقطہ سے

ذرا ہی کم رکھا جائے جس پر تعامل حاصل ہوتا ہے ۔ اسے زیرِ جلدی اصابتوں میں استعمال کرنا چاہیئے، اور تعامل کی شناخت کی غرض سے پورے دورانِ علاج میں پیش بہ احتیاط دیکھنی چاہیئے ۔ ابتداءً ایک نہایت تھوڑی خوراک دینے میں نسبتہً کوئی خطرہ نہیں، مثلاً خواہ کوئی بھی تجویز استعمال کی جائے اس کے ۰۰۱ء مکعب ملی میٹر، پھر تین یا چار دنوں میں اس سے دوگنی مقدار یعنی ۰۰۲ء مکعب ملی میٹر پھر اتنے ہی عرصہ کے بعد اس سے دوگنی مقدار یعنی ۰۰۴ء مکعب ملی میٹر، اور پھر اتنے ہی وقفوں سے، یا ہفتے میں دو بار اسی طرح بڑھتی ہوئی مقدار یہاں تک کہ ایک خفیف، مقامی یا عمومی تعامل، مشاہدے میں آئے، یعنے مقامِ اشراب پر قدرے دبازت، یا بخار، دردِ سر، کلمندی، وغیرہ ۔ یہ علامات عموماً چوبیس گھنٹے میں واقع ہو کر تقریباً اتنے ہی عرصہ میں رفع ہو جاتے ہیں ۔ پھر تین یا چار دن کے بعد آخری خوراک مکرر دینا چاہیئے، جب کہ تعامل، اگر وہ واقع ہو تو کم ہو گا، اور جلد ہی یہی خوراک کوئی تعامل پیدا کرنے میں بالکل ناکام رہیگی ۔ اس کے یہ معنے ہیں کہ اس مقدار کا تحمل (tolerance) پیدا ہو گیا ہے ۔ اب ہر نصف ہفتے کے وقفے سے نسبتہً بہت تھوڑے اضافوں کے ساتھ مقدار خوراک کو بڑھانا چاہیئے یہاں تک کہ ایک تعامل واقع ہو جائے، اور علیٰ ہٰذا القیاس اسی طرح بڑھاتے رہنا چاہیئے ۔ اس علاج کی مدت چھ ماہ سے اٹھارہ ماہ یا دو سال تک کی ہے ۔ برانیک (Beraneck) کی بنائی ہوئی ایک ٹیوبرکیولین کا درونِ جلدی راہ سے اشراب کیا جاتا ہے ۔ عصیاتِ درنیہ کے شحمی غلاف کو علیحدہ کر کے بنائی ہوئی ایک جدرین کے استعمال کے کچھ نتائج شایع ہوئے ہیں (34) ۔

مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) یہ علاج ۱۸۲۱ء میں کارسن (Carson) باشندہ لورپول (Liverpool) نے بیان کیا لیکن یہ محض گذشتہ چند سالوں کے عرصہ میں ہی وسیع طور پر اختیار کیا گیا ہے ۔ پھیپھڑوں کے تدرن کے اندمال کو روکنے والا ایک سبب یہ ہے کہ یہ بافت سینہ کے اندر منفی دباؤ سے پھیلی ہوئی رہتی ہے، اور جو کوئی کھفے بن جاتے ہیں وہ بند نہیں ہو سکتے ۔

اگر کہفۂ صدر کے اندر ہوا کا اشراب کیا جائے تو پھیپھڑا دب کر پچک جائے گا نیز یہ ممتلی ہو جائے گا جس سے اندمال کو مدد پہنچتی ہے (65)۔

یہ عملیہ اُن اصابتوں میں خاص کر موزوں ہوتا ہے جن میں ایک شُش تو وسیع طور پر مرض زدہ ہو اور دوسرا نسبتہً تندرست۔ گذشتہ زمانہ میں یہ بالخصوص ترقی یافتہ اصابتوں کے لئے کام میں لایا جاتا تھا لیکن موجودہ رجحان اسے زیادہ وسیع طور پر استعمال کرنے کا ہے فی الحقیقت یک جانبی مرض کی ہر اصابت کے لئے جس میں تدنی عمل پھیل رہا ہو۔ اعداد و شمار کی شہادت موجود ہے کہ یہ علاج مفید ہوتا ہے (Saugman)۔ نفث الدم نزف والی جانب پر فوری استرواح الصدر عمل لانے کا خاص داعیہ ہے۔ اس علاج کو صفحہ ۹ میں واضح کیا گیا ہے۔

آلہ در اصل ایک مبزل اور قنولچہ (trocar and cannula) پر مشتمل ہوتا ہے جو اولاً ایک آبی فشار پیما (water manometer) سے اور ثانیاً ایک ہوا بھرے ہوئے آخذ (receiver) سے ملحق ہوتا ہے تاکہ ہوا کی ایک نپی ہوئی مقدار سینہ کے اندر داخل کی جا سکے۔ جلد اور عمیق تر بافتیں ۰.۵ فی صدی نووکین (novocaine) سے عدیم الحس کر لی جاتی ہیں۔ سوئی کا یا تو براہ راست یا جلد کے آر پار ایک خفیف سا شگاف دے کر لگایا جاتا ہے۔ اور یہ امر کہ سوئی کہفۂ پلیورا کے اندر ہے فشار پیما کے سیال کے اہتزازات سے شناخت ہو جاتا ہے اور بلا شبہ یہ سیال ایک منفی دباؤ ظاہر کرتا ہے۔ یہ اہتزازات پانی کے ۴ تا ۶ مکعب سینٹی میٹر ہونے چاہئیں۔ اور اگر اہتزازات ۱ یا ۲ .cms سے زائد نہ ہوں تو سوئی غالباً کہفۂ پلیورا کے اندر نہیں ہے۔ جب اس کا یقین ہو جائے کہ سوئی کہفۂ پلیورا کے اندر ہے تو ہوا ۳۰۰ سی۔سی تا ۵۰۰ سی۔سی کے برابر یا فشار پیما کے نقطۂ صفر کے قریب اہتزاز کرنے تک اندر داخل کر دی جاتی ہے۔ ایک ہفتہ کے بعد اور ہوا کا اشراب کیا جا سکتا ہے۔

ہوا کی مکرر بھرتی (refills) اس گیس کے جذب کے لحاظ سے ۵۰۰ تا ۸۰۰ سی سی کی مقداروں میں اور ابتدائً ہفتہ وار یا پندرہ روزہ وقفوں سے ہونی چاہئے اگرچہ بعد میں زیادہ طویل وقفے دئے جا سکتے ہیں کیونکہ جذب نسبتہً کم ہوگا۔ اسے تین سال یا زائد عرصہ تک جاری رکھنا چاہئے۔ آخری دباؤ پانی کے + ۱۰ سینٹی میٹر سے

کبھی زائد ہونا چاہیئے۔ زمانۂ ماضی میں خاص حادثہ ہوا کی سدادیت (embolism) کے باعث ہوا ہے۔ لیکن اگر سوئی فی التحقیقت پلیوُرائی کہفہ کے اندر ہو تو یہ کبھی واقع نہیں ہوسکتا، اور یہی مقصد فشار پیما کے رکھنے کا ہے۔ بالکل شاذ اصابتوں میں ناگوار اثرات، یعنی بُہر اور اختلاجات، شحوب، بلکہ بعض اوقات بے ہوشی بھی مشاہدے میں آتے ہیں، جو پلیوُرائی معکوسہ (pleural reflex) سے منسوب کئے جاتے ہیں۔

بعض اوقات واسط (mediastinum) کمزور ہوتا ہے اور بآسانی مقابل جانب کی طرف ہٹ جاتا ہے۔ اس میں ممکن ہے کہ بے آرامی اور بُہر ہو جائے۔ یہ حالت لاشعاعوں سے بآسانی شناخت کی جا سکتی ہے، اور یہاں اس امر پر زور دینا چاہیئے کہ علاج سے پہلے اور شروع سے آخر تک ہر اصابت کو لاشعاعی پردے پر عکس ڈال کر دیکھنا (screening) ضروری ہے۔ بعض اوقات پلیوُرا تندرست جانب کو غبارگی یافتہ ہو جاتا ہے (''balooning'' of the pleura) لیکن اگر ایسا بلا کسی علامات کے ہو تو کوئی مضائقہ نہیں۔ تقریباً آدھے مریضوں میں علاج کے دوران میں ایک صاف انصباب نمویاب ہو جاتا ہے۔ جب یہ نمودار ہو جائے تو یہ علاج کم فاعلی ہونا چاہیئے، کیونکہ پلیوُرا میں التہاب موجود ہے۔ تاوقتیکہ تپش بلند نہ ہو اس سیال کو نکالنے کی ضرورت نہیں، اور اگر نکالا جائے تو اس کی جگہ گیس بھر دینا چاہیئے۔ استرواح الصدری علاج کی ایک توسیع جو بالکل ابتدائی اصابتوں کے لئے موزوں ہے، یہ ہے کہ کہفۂ پلیوُرا کے اندر ہوا کا ایک خفیف حجم داخل کر دیا جائے، جو کشش کے دررسختہ حصے کے گرد مجتمع پایا جاتا ہے اور ایک جزئی ہبوط پیدا کر دیتا ہے درآنحالیکہ تندرست حصہ پھیلا ہوا رہتا ہے۔ جزئی استرواح الصدر دو جانبوں پر پیدا کیا جا سکتا ہے۔ لیکن ہوا کی مکرر بھرتی (refills) بار بار عمل میں لانا چاہیئے (35)۔ جب متواتر ہوا بھرنے کے باوجود استرواح الصدر مسدود ہو جانے کا رجحان رکھے، یا جب ایک تدرنی تقیح الصدر (tuberculous empyema) پیدا ہو جائے تو یہ تزئیت الصدر (oleo-thorax) عمل میں لانے کے داعیات ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 137)۔

جب مکمل یک جانبی استرواح الصدر کامیابی کے ساتھ انجام دے دیا گیا ہے تو ۔ ۔ فی صدی مریض کام پر واپس جانے میں کامیاب ہو گئے ہیں، لیکن اس

علاج میں خاص دقت، انضمامات (adhesions) کی موجودگی ہے، جو ہبوط واقع ہونے میں مزاحم ہوتے ہیں، اور اِس صورت میں صرف ۳۲ فی صدی کامیابیاں ہوتی ہیں۔ تاوقتیکہ انشراب عمل میں لانے کی کوشش نہ کی جائے انضمامات کو تشخیص کرنا ناممکن ہوتا ہے۔ بعض اوقات متواتر بھرتیوں (refills) کے بعد وہ خود بخود ٹوٹ جائیں گے۔ لیکن جب ایسا نہ ہو تو اُن کو قطع کر دینے کی کوششیں عمل میں لائی گئی ہیں۔ اُن کا تعین مقام ایک صدر بین (thoracoscope) داخل کر کے کیا جاتا ہے، اور پھر اُن کو کی کر دیا جاتا ہے۔ بدقسمتی سے اِس قسم کے عملیہ کی کارروائی تدرلی تقیح الصدر پیدا کر دینے کا رجحان رکھتی ہے، تاوقتیکہ انضمامی بند کو ٹھیک محیط پر نہ قطع کیا جائے۔ حال ہی میں کئی نئی قسم کے آلات بیان کئے گئے ہیں (56'57)۔ 175

حال ہی میں دو دوسرے عملیے، یعنی سینہ پیوندی (thoracoplasty) اور قلع عصب ڈایافرامی (phrenic avulsion)، کامیابی کے ساتھ عمل میں لائے گئے ہیں۔ سینہ پیوندی (thoracoplasty) میں پسلیوں کے پچھلے حصّے، زاویوں کے ذرا سامنے کے مقام سے لے کر فقرات کے مستعرض زائدوں سے جسقدر ممکن ہو اُسقدر قریب تک، برون پلیورائی طور پر (extra-pleurally) نکال دئے جاتے ہیں۔ کامل سینہ پیوندی میں پہلی سے دسویں پسلی تک سب پسلیوں کے حصّے نکال دئے جاتے ہیں، لیکن اُن اصابتوں میں جن میں مرض زیریں لختہ میں محدود ہو بالائی پسلیوں میں سے چند پسلیاں سالم چھوڑ دی جاتی ہیں۔ ہلکی ایتھری عدم حسیت (light ether anæsthesia) کو ترجیح دینی چاہئے۔ اس عملیہ کے بعد پینتالیس فی صدی مریض کام کے قابل ہو گئے ہیں ((36))۔ قلع عصب ڈایافرامی (phrenic avulsion) میں گردن کے ایک شگاف کی راہ سے ایک جانب کا فرینک عصب اُس کی ڈائفرام کی چسپیدگی کے مقام سے اوپر کھینچ لیا جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُس جانب کا ڈائفرام اوپر اٹھ آتا اور مشلول ہو جاتا ہے۔ یہ عملیہ مصنوعی استرواح الصدر یا سینہ پیوندی کی معیت میں، یا قاعدی سل (basal phthisis) میں، یا کھانسی کو روکنے کے لئے (جب وہ کوشش انضمام ڈائفرام کے ساتھ ہو جانے کی وجہ سے ہو) عمل میں لایا جا سکتا ہے (37)۔

سینوکرائسین (sanocrysin) ' جو سونے اور سوڈیم کا ایک تھیوسلفیٹ (thiosulphate of gold and sodium) ہے ' اُن مریضوں کی حالت میں استعمال کی جاسکتی ہے ' جنھوں نے دوسری قسموں کے علاج کی اچھی جوابیت نہ ظاہر کی ہو۔ دعویٰ کیا گیا ہے کہ یہ جسم میں عُصیات درنیہ پر ایک راست متلف اثر رکھتی ہے۔ یہ عقیم ایمپولوں (ampoules) میں تقسیم شدہ موتی ہے ' جن میں ۰ء۱ تا ۱ء۰ گرام کی وزن کردہ مقداریں ہوتی ہیں۔ استعمال سے فی الفور پہلے اس کی قلمیں عقیم آبِ کشیدہ میں حل کرکے ایک ۱۰ فی صدی محلول بنالیا جاتا ہے۔ اس محلول کا وریدی راہ سے اشراب کیا جاتا ہے ' جس میں اس امر کی احتیاط رکھی جاتی ہے کہ تحت الجلدی بافت کے اندر تراوش (leakage) نہ ہونے پائے ' جہاں وہ خراش آور اثر رکھتا ہے۔ مقدارِ خوراک کا تعین مریض کے جسم کے وزن اور پھیپھڑوں میں کے التہابی تغیر کی نوعیت کے لحاظ سے کرنا چاہئے۔ اُن اصابتوں میں جن میں مرض مزمن ہوگیا ہو ' اور ضررات لیفی ساخت سے محصور ہوں ' ایک بڑی خوراک دی جاسکتی ہے۔ لیکن حاد اصابتوں میں جن میں مرض کی توسیع حال ہی میں ہوئی ہو ' ایک نسبتۃً بہت کم خوراک دینی چاہئے۔ علاج شروع کرنے سے پہلے اور دورانِ علاج میں روزانہ قارورہ کا امتحان البیومن کیلئے کرنا چاہئے ' اور تاوقتیکہ قارورہ اڑتالیس گھنٹے تک البیومین سے مبرا نہو دوا کی خوراک نہ دینی چاہئے۔ مریض کے وزن اور ضررات کی نوعیت کے لحاظ سے ابتدائی مقدارِ خوراک ۰ء۱ تا ۰ء۵ گرام ہوگی۔ ممکن ہے کہ تعامل ارتفاعِ حرارت ' قئے ' اسہال ' یا جلد پر ثورانی طفحات (exanthematous rashes) کی صورت میں ظاہر ہو۔ جوں ہی کہ تعامل رفع ہوجائے ' یا اگر کوئی تعامل نہ ہو تو اڑتالیس گھنٹے کے بعد ' دوسری خوراک دی جاتی ہے ' جو پہلی کے نسبت ۵۰ فی صدی زائد ہوتی ہے۔ اس کے بعد ہر ساتویں دن ایک مزید خوراک دیجاتی ہے ' جس کی مقدار اگر مریض اس کی برداشت کرسکے تو ایک گرام تک بڑھا دیجاتی ہے۔ ایک ۱۰ اسٹون (stone) وزن والے مریض کے لئے اس نصاب کے لئے مجموعی مقدار ۸ تا ۱۰ گرام ہوتی ہے ' اور اس سے ہلکے مریضوں کے لئے اسی تناسب سے کم مقدار دیجاتی ہے۔

علاماتی علاج۔ صحت گاہ میں دوران علاج میں دواؤں سے حتی الامکان احتراز کیا جاتا ہے اور عموماً پایا جاتا ہے کہ مریض کی حالت میں بہتری ہونے کے ساتھ ساتھ علامات غائب ہو جاتے ہیں۔ تمام اصابتوں میں یہ ضروری ہے کہ مستعملہ دواؤں سے ہاضمہ میں خلل نہ واقع ہونے دیا جائے۔

کھانسی۔ کھلی ہوا والے علاج میں ہمیشہ کھانسی میں سریع تقلیل مشاہدہ میں آتی ہے۔ حتی الامکان مریض کو کھانسی کو روکنا چاہئے۔ اگر کھانسی ہونے سے پہلے حلق میں گدگدی محسوس ہو تو لسانی لوزہ (lingual tonsil) پر آیوڈین کی تصبیغ کرنا مفید ہو سکتا ہے۔ ورنہ کھانسی کا علاج اسی طرح کرنا چاہئے جیسا کہ شعبی التہاب (bronchitis) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

شب عرقی (night sweating)۔ لائکر ایٹروپین سلف (liquor atropinæ sulph.) کا ایک قطرہ قدرے پانی کے ساتھ شب کو دینے سے یا آکسائڈ آف زنک (oxide of zinc) ۲ یا ۳ گرین گولی کی صورت میں ½ گرین ایکسٹریکٹ آف بیلاڈونا (extract of belladonna) کے ساتھ دینے سے عموماً روکے جا سکتے ہیں۔ آرسی نیٹ آف آئرن (arseniate of iron) (1/20 گرین) یا پکروٹاکسین (picrotoxine) (1/60 گرین) یا ٹنکچر آف نکس وامیکا (tincture of nux vomica) بھی استعمال کئے جا سکتے ہیں۔ شب عرقی کے عموماً یہ معنی ہیں کہ رات کے وقت بے حد گرم لباس استعمال کیا گیا ہے، یا مریض کی ذاتی تطعیم (auto-inoculation) خود اس کے سمیات سے بشدت ہو گئی ہے، مثلاً حد سے زائد ورزش سے، اور اس سے طبیب کی اس نگہداشت پر جو اس نے مریض کے متعلق کی ہے الزام وارد ہوتا ہے۔

نفث الدم۔ مریض کو بستر میں نیم اضطجاعی وضع (semi-recumbent posture) میں رکھنا چاہئے، لیکن جب وہ چاہے اسے اپنی وضع بدلنے کی اجازت دینی چاہئے۔ سب سے زیادہ کارگر حابس الدم (hæmostatic) کیلسیم کلورائڈ کے دس فی صدی محلول کے ۲۰ سی۔ سی کا آہستہ سے دروں وریدی اشراب ہے۔ ایک سادہ ترکیب یہ ہے کہ ۵ تا ۱۰ گرام سوڈیم کلورائڈ کے براہ دہن دئے جائیں۔

اگر مریض مضطرب ہو تو اس کے بجائے سوڈیم برومائڈ دیا جا سکتا ہے۔ اکثر امائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کے چند قطروں کے استنشاق کے بعد ادماء موقوف ہو جاتا ہے۔ نفث الدم کی بعض خطرناک اصابتوں میں استرواح الصدر کا امالہ کامیاب ثابت ہوا ہے۔ جب ادماء خفیف اور مسلسل ہو تو امیٹین (emetine) کے تحت الجلدی اشرابات کامیاب ثابت ہوئے ہیں (Flandin)۔ علاج کا روایتی طریقہ یہ ہے کہ برف کی تھیلی سینہ پر رکھ کر مارفیا کا اشراب کر دیا جاتا ہے۔ لیکن اس میں یہ نقصان ہے کہ خون پھیپھڑوں کے اندر رُکا ہوا (stagnant) رہتا ہے اور اس طرح تدرنی عمل کی ایک حاد توسیع پیدا کرنے میں ممد ہوتا ہے۔ یہ پایا گیا ہے کہ نفث الدم کا وقوع بڑی حد تک مریض کی نقل و حرکت سے بے تعلق ہوتا ہے (38)۔

اسہال۔ اس کے لئے ہمیں احتیاط کے ساتھ غذا کی باقاعدگی عمل میں لانا، اور نباتی حابسات (vegetable astringents)، معدنی ترشوں (mineral acids) افیون، یا گرین کی خوراکوں میں سلفیٹ آف کاپر (sulphate of copper) کا، یا کاربونیٹ آف بسمتھ (carbonate of bismuth) کا استعمال کرنا چاہئے۔

پلیورائی التہاب کے درد (pleuritic pains) کثیر الوقوع ہیں اور اکثر ان میں اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistine) یا تھرموجن وول (thermogen wool) سے، یا سطح سینہ پر ٹنکچر آف آیوڈین کی تصبیغ کر دینے سے تخفیف ہو جاتی ہے۔ مسکنات (anodynes) کے داخلی استعمال کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ بہتوں کا یقین ہے کہ پلیورائی التہاب کا انصباب (pleuritic effusion) تناظر کشش میں مرض کی ترقی میں تاخیر کر دیتا ہے، اور تاوقتیکہ دباؤ انتہائی درجہ کا نہ ہو جائے وہ بزل (tapping) عمل میں نہیں لاتے۔ جس تقیح الصدر میں تفریغ (evacuation) کی ضرورت ہو اس کا امتصاص (aspiration) عمل میں لانا چاہئے۔

وافر نفث۔ اس حالت کا علاج عفونت کش استنشاق (antiseptic inhalation) اور منفثات سے اسی طرح کرنا چاہئے جیسا کہ شعبی التہاب کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ سر کو نیچے اور پیروں کو اٹھا ہوا رکھ کر بلیت (drainage)

عمل میں لانا مفید ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 137)۔

آتشکِ شُش

علاوہ شعبات کے تقرحات کے اور اُن سے پیدا ہو جانے والے صنیق (stenosis) کے، جو آتشک کے باعث ہو نا ظاہر ہو چکے ہیں، اور جو شعبہ بینی (bronchoscopy) کے ذریعہ تشخیص کئے جا سکتے ہیں (64)، خود شش کی بافت اس مرض کے اثرات مختلف شکلوں میں ظاہر کر سکتی ہے۔ ایک شکل معمولی صمغیہ (gumma) کی ہے، جو بالغوں میں نہایت شاذ ہے، اگرچہ شیر خواروں میں زیادہ عام ہوتی ہے، اور کوئی قابلِ شناخت سریریاتی علامات نہیں پیدا کرتی۔ دوسری شکل آتشکی شیر خواروں کی نام نہاد ذات الریہ ابیض (white pneumonia) ہے۔ اس میں پھیپھڑے بڑے، سپید، کثیف، اور سخت ہو جاتے ہیں۔ اُن کی تراشش چکنی اور غیر شفاف ہوتی ہے، بعض اوقات وہ مزاحم (resistant) ہوتے ہیں، اور بعض اوقات بآسانی ٹوٹ جاتے ہیں۔ خُرد بینی شُش کا منتشر خلوی التہاب، اور ساتھ ہی جو فیزی دیواروں کی دبازت، اور ریوی سرحلمہ کا تقشر (desquamation) اور شحمی انحطاط ظاہر کرتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت پورے شُش کو ماؤف کر دے، یا ایک حصہ یکساں طور پر متغیر ہو جائے، اور دوسرے میں محض انفرادی (isolated) رقبے موجود ہوں۔ ایک دوسری قسم میں جو فیزوں میں مکعب سرحلمہ کا استر ہوتا ہے، اور توصیلی بافت کی جگہ لیفی ہیکل (fibrous stroma) لے لیتا ہے، جو مکعب جو فیزی سرحلمہ کے خلیات سے درریختہ ہوتا ہے۔ ان اصابتوں میں پیچ مویے (spirochætes) پائے گئے ہیں۔ چونکہ یہ ضررات بالخصوص مردہ مولود بچوں (still-born children) میں ہی پائے جاتے ہیں، لہٰذا اِن کی کوئی سریریاتی اہمیت نہیں۔

خراش آور گیسوں سے تسمم

زہریلی گیسیں کہ جن کو پہلے پہل جرمنوں نے ۱۹۱۵ء میں جنگ میں استعمال کیا تھا، مندرجہ ذیل تھیں:۔ (۱) اغتصاص آفریں۔ ان گیسوں کا عمل بالخصوص شُشں کے جوفیزوں پر ہو کر حاد اُذیما، عروق شعریہ کی علقیت، اور شقاقی نفاخ (disruptive emphysema) پیدا ہو جاتا تھا۔ شفایاب ہو جانے والے مریضوں میں اُذیمائی سیال چند روز میں غائب ہو جاتا تھا، لیکن شعبی التہاب اور شعبی ذات الریہ اکثر پیدا ہو جاتا تھا، اور نفاخ جاری رہتا۔ (۲) اشک ریز گیسیں۔ یہ بھی گولوں میں استعمال کی جاتی تھیں، مثلاً زائلال برومائڈ (xylol bromide) اور کلوروپکرین (chloropicrin)۔ (۳) رائی کی گیس (mustard gas)۔ (یہ درحقیقت ایک روغنی مائع ہے، جو زمین پر یا کپڑوں پر چھڑکی جاتی ہے، اور آہستہ آہستہ بخارین کر اُڑ جاتی ہے)۔ چند گھنٹوں تک رائی کی ایک خفیف سی بُو کے سوائے عموماً اور کچھ نہیں محسوس ہوتا تھا۔ پھر شدید التہاب ملتحمہ (conjunctivitis) شراسیفی درد اور اس کے ساتھ قے، جلد کا وسیع پھیلا ہوا احمرار (erythema) اور اس کے ساتھ انتفاط (vesication) ہو کر شدید حرقات پیدا ہو جاتے تھے، نیز تنفسی خطے کی غشائی مخاطی کا التہاب نمویاب ہو جاتا تھا، جس سے نہایت خطرناک علامات پیدا ہو جاتے تھے، تمام سطح متقرح ہو کر ایک فائبرینی جھلی سے ڈھک جاتی تھی، اور ثانوی طور پر سرایت زدہ ہو جاتی تھی، اور اگر موت فی الفور واقع نہ ہوتی تھی تو شعبی ذات الریہ نمودار ہو جاتا تھا۔

مابعد اثرات۔ گیس سے مسموم شدہ بہت سے مریضوں میں جہدی علامیہ ("effort syndrome") (آگے ملاحظہ ہو) نمویاب ہو جاتا ہے۔ علاماتِ ذیل مشاہدے میں آئے ہیں: مشقت کرنے یا زور لگانے پر سانس کا پھول جانا (۵۲)؛ مواظب کھانسی مع بُصاق کے (۴۸)؛ سینہ کے وارپار درد یا تنگی (۲۵)؛ اختلاج اور کبھی کبھی چکر آنا (۱۴)؛ صبحگاہی قے، یا متلی (۱۲)؛ دردِ سر (۹)؛ ضعفِ لاعصابی

177

ؔ۔ قوسین کے اندر جو اردو اعداد درج کئے گئے ہیں وہ آکسفورڈ رقبہ میں واقع شدہ ۴۴ اصابتوں میں علامات کا فی صدی حدوث ظاہر کرتے ہیں۔

کے علامات (۷)، آنکھوں کا دُکھنا (۵)۔ ممکن ہے کہ خون سرخ خلیات کی کثرت (polycythæmia) ظاہر کرے۔ اِس تعلق میں ہالڈین (Haldane) میکنس (Meakins) اور پریسٹلی (Priestley) نے مشاہدہ کیا ہے کہ بعض اوقات اِن مریضوں میں گہرے تنفس کی قوت باقی رہتی ہے، اور یہ ورزش کے بعد صرف سریع اُتھلے تنفس لے سکتے ہیں۔ ان مشاہدین کا یقین ہے کہ یہ مریض، عمیق تر جو فیزوں کی ناقص ترویح کی وجہ سے جس سے ان حصوں میں سے آنے والا خون ناکمل طور پر ہوازدہ ہوتا ہے، آکسیجن کی کمی میں مبتلا ہوتے ہیں۔ کوٹھکِ آکسیجن (oxygen chamber) میں علاج کرنے سے علامات کم و بیش مستقل طور پر رفع ہوجاتے ہیں اور سرخ خلیات کی کثرت (polycythæmia) کم ہوجاتی ہے (Hunt and Dufton)۔

رائی کی گیس کے زہر کے مختلف ریوی عواقب بیان کئے گئے ہیں، جن میں بہت سے ناکس (relapsing) نوعیت کے ہوتے ہیں، یعنے شُعبی التہاب، نفاخ، دَمہ، اُذیما، اور ریوی خراجات اور "تدرّن کاذب" ("pseudo-tuberculosis") جس کے ساتھ لاغری، بخار، شُعبی التہاب، اور راسی لغطات (apical râles) ہوتے ہیں لیکن بُساق میں عُصیّاتِ دَرَنیہ نہیں ہوتے۔ تلیّفِ شُش (fibrosis of the lung) بھی پایا جاتا ہے۔ یہ حالتیں اُس ثانوی سرایت کے باعث پیدا ہوجاتی ہیں، جو گیس کی وجہ سے مضرت پہنچنے کے بعد ہوجاتی ہے۔ بالآخر یہ کہ پھیپھڑوں کے حقیقی تدرن کا ملنا ممکن ہے، اور یہ غالباً اُن مریضوں میں ہوتا ہے جن میں یہ مرض پہلے رُک گیا تھا۔

ریوی سدادیت وعلقیت

(PULMONARY EMBOLISM AND THROMBOSIS)

سدادیت (embolism) اور علقیت (thrombosis) کی نوعیت پر امراضِ عروق دمویہ کے باب میں بحث ہوچکی ہے، لیکن یہاں ریوی دوران خون کی اُن خاص

استعدادوں کا بیان درج کرنا مناسب ہے، جن کی وجہ سے یہ اُس حادثہ میں مبتلا ہو جاتا ہے۔

شریان ریوی اور اُس کی شاخیں دائیں بطین اور اذین کی وساطت سے نظامی وریدی تنوں (systemic venous trunks) سے راست ارتباط رکھتی ہیں۔ اسی وجہ سے دقیق عضویوں، منجمد خون کے یا کسی دوسری قسم کے ریزوں کا، جو جسم یا جوارح کی وریدوں میں آزاد ہو سکیں قلب کے دائیں خانوں میں، اور وہاں سے ریوی شریان کے اندر منتقل ہونا لازمی ہے، جہاں وہ اپنی جسامت کے لحاظ سے اس کی کسی بڑی یا چھوٹی شاخ کے اندر مفرز ہو جائیں گے۔ ایک بڑا، پرانا، ورقہ دار (laminated) تھکا بڑی شاخوں میں سے ایک شاخ کو مسدود کر سکتا ہے۔ بعض اصابتوں میں سداد یت ایک نیا علقہ (thrombus) ہوتی ہے جو ایک متوسط جسامت والی نظامی ورید سے نکلتا ہے اور دہرا ہو کر گیند کی شکل کا بن جاتا ہے۔

ریوی سداد یت کے نسبت ریوی علقیت زیادہ عام ہے، اور ایسے ضررات ظاہر کرنے والے تفتیش متوالی لاشوں کے امتحانات (autopsies) میں ۵۰ فی صدی میں واقع ہوئی۔ پھیپھڑوں کے تمام حصوں میں شریانی ریوی شاخوں میں خون کے تھکے پائے جاتے ہیں، اور ان تھکوں میں تعضیہ (organism) یا رنگ کی ترتیب کی ابتدا ان کی قبل الموت (ante-mortem) تکوین کی شہادت بہم پہنچاتی ہے۔

"ریوی سداد یت" یا "ریوی علقیت" کی تشخیص عموماً یہ ظاہر کرتی ہے کہ ایک خطرناک ضرر موجود ہے، جو پھیپھڑوں کے اندر وسیع پھیلے ہوئے اثرات پیدا کر دیتا ہے، جس کے علامات ضروری التوجہ ہوتے ہیں، اور جس سے مریض کی زندگی فوری خطرے میں ہوتی ہے۔

ریوی سداد یت اور ریوی علقیت فخذی ورید کی علقیت سے پیدا ہو سکتی ہے، جیسی کہ تپ محرقہ، یا سل ریوی میں، یا بوڑھے اشخاص میں عظم الفخذ کے کسر (fracture) میں واقع ہو جاتی ہے۔ یہ دونوں حالتیں حاد سرایتوں مثلاً ذات الریہ سے، اور ایسے جراحی عملیات سے بھی پیدا ہو سکتی ہیں جن پر شکم کی

سامنے کی دیوار میں شگاف دینے کی ضرورت واقع ہو (بالخصوص بوڑھے اشخاص میں) (39)۔ بہت سی اصابتوں میں خون کے تھکوں کے اندر دقیق عضویات پائے گئے ہیں۔ سداوات (emboli) کے اثرات اُن کی جسامت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اگر ریوی شریان کی بڑی شاخوں میں سے ایک شاخ مسدود ہو جائے تو موت لازمی نتیجہ ہے۔ جب سداو نسبتہً چھوٹا ہوتا ہے تو شُش کے اندر تغیرات واقع ہونے کے لئے وقت مل جاتا ہے، اور بیش دمویت (hyperæmia)، نمشی نزفات (petechial hæmorrhages) اُذیما، اور ہبوط (جس کے گرد نفاخ ہوتا ہے) واقع ہو جاتے ہیں۔

178

اذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation) میں جو مطرانی ضیق کے ساتھ بالخصوص متلازم ہوتا ہے، اُذنین کے اندر چھوٹے علقہ جات بن سکتے ہیں (جس کی وجہ یہ ہے کہ اُذنین منقبض ہونے میں ناکام رہ جاتے ہیں)، اور ممکن ہے کہ دائیں جانب کے علقہ جات پھیپھڑوں کے اندر پہنچکر خرد تر شریانوں (arterioles) کو مسدود کرکے پھیپھڑے کے اندر وہ مقامی نزفات پیدا کر دیں، جنھیں ریوی مفعجات (pulmonary infarcts) کہتے ہیں۔ اس طرح شُش کا ایک مخروطی حصہ، جو طولی تراشس میں قانہ نما ہوتا ہے، اور جس کا قاعدہ شُش کی سطح کی طرف اور راس اندر کی طرف ہوتا ہے، ٹھوس مضبوط (firm) رنگ میں گہرا سرخ، اور بے ہوا ہو جاتا ہے۔ اور خرد بین کے نیچے اس کے حویصلات ہوائیہ (air-vesicles) سرخ جسیمات دمویہ سے پُر نظر آتے ہیں۔ اس مخروط کا قاعدہ سطح شُش پر گرد وپیش کی حویصلی بافت سے اوپر اُبھر آتا ہے، اور تھوڑے عرصہ میں ممکن ہے کہ یہ سطح ابتدائی پلیورائی التہاب کے تغیرات (early pleuritic changes) ظاہر کرنے لگے۔ یہ مفعجات لختہائے زیرین میں عام ترین ہوتے ہیں اور اکثر نیچے والی کور کو بڑی وسعت تک ماؤف کر دیتے ہیں۔ ایسی صورت میں اُن پر مخروطی یا قانہ نما ہونے کا بیان بمشکل اطلاق پذیر ہوتا ہے۔ وہ قطر میں عموماً تقریباً ایک انچ ہوتے ہیں، لیکن بعض اوقات اِس سے بہت زیادہ بڑی جسامت تک پہنچ جاتے ہیں۔

ان وریدی اور قلبی علقہ جات کے علاوہ دوسرے اجسام بھی سدادات کا فعل انجام دے سکتے ہیں۔ یعنے بالید کے ذرات، اور شاذ صورتوں میں ایک چھوٹا کیسیتی دُودیرہ (hydatid cyst)، لیکن خاصۃً عام طور پر ریم آفریں دقیق عضویے بھی۔ جب آخر الذکر تنہا یا علقہ کے ذرات کے ساتھ منتقل ہو کر شش میں پہنچتے ہیں، تو مخروطی مفعمات جلد ہی پھوڑے بن جاتے ہیں، اور ان کے ساتھ اکثر ہم پہلو یافت کا شعبی ریوی التہاب ہوتا ہے، یا مصلی، مصلی قیحی، یا قیحی التہاب پلیورا (pleurisy)۔

ریوی عروق شعریہ کی **شحم سدادیت** (fat embolism) تنشر کا نتیجہ ہوتی ہے، جو چربی کو عروق کے اندر جانے دیتی ہے۔ جراحی تضررات کے سبب سے موت ہو جانے کے بعد پھیپھڑوں کے عروق شعریہ میں چربی کے گلوبچے خردبین سے نہایت عام طور پر نظر آتے ہیں۔

علامات۔ ریوی شریان اور اس کی بڑی شاخوں کی سدادیت (embolism) کے علامات مسدود شدہ عرق کی جسامت اور تسدد کے درجہ کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ جب فخذی ورید سے نکلا ہوا کوئی بڑا علقہ (thrombus) شریان ریوی یا اس کی بڑی شاخوں میں سے کسی ایک کے اندر مغروز ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ موت بالکل ناگہانی ہو جائے۔ ممکن ہے کہ مریض خوف زدہ ہو کر بستر سے چونک کر اٹھ بیٹھے اور پھر مُردہ ہو کر ڈھیر ہو جائے، یا زراق (cyanosis) کے ساتھ چند دقیقوں کا بُہر (dyspnœa) ہو، یا اس کے برعکس غشیان (syncope) یا تشنج ہو۔ اگر تسدد نسبتۃً نامکمل ہے تو ممکن ہے کہ حالت غشیان کی ہو، یا غشیان اور اس کے ساتھ اختناق (asphyxia) ہو، یا اس کے ساتھ قشعریرے (rigors)، مختلف شدت کا درد سینہ، اغتصاص (suffocation) کا احساس، اور بُہر (dyspnœa) ہو جو بڑھ کر شاید تنفس چین اسٹوکس (Cheyne-Stokes' respiration) ہو جائے اور بالآخر آہستہ ہو کر موقوف ہو جائے۔ چہرے کا رنگ شاحب اور کبود، وداجی وریدیں پھولی ہوئی، اور ہاتھ ٹھنڈے اور چپچپدار (clammy) ہوتے ہیں۔ استماع (auscultation) کرنے پر اصوات تنفس

درشت (harsh) اور مبالغہ آمیز پائے جاتے ہیں۔ علامات کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے۔ ریوی علقیت (pulmonary thrombosis) میں علامات مماثل نوعیت کے ہوتے ہیں، لیکن حملہ کا آغاز بتدریج ہوتا ہے، گو اس کا سریع ہونا بھی ممکن ہے۔

ایک مغمہ (infarct) کے وقوع کے علامات بھی مسدود شدہ عرق کی جسامت اور علقہ (thrombus) یا مغروز شدہ ریزے کی نوعیت کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔ اگر وہ ایک نسبتًہ بڑی عرق ہے، تو ممکن ہے کہ علامات، متذکرۂ بالا علامات سے مشابہ ہوں، مگر وہ نسبتًہ کم شدت کے ہوں گے۔ مغمہ (infarct) کافی طور پر بڑا ہو تو سانس پھولی ہوئی (breathlessness)، اختلاج، بلکہ قشعریرہ (rigor) بھی ہو سکتا ہے۔ شش کی ساخت کے اندر خون کی وعا بدری (extravasation) الترابی موجودگی نفث الدم (hæmoptysis) یعنے خون کے تھوکنے سے ظاہر کرتی ہے۔ یہ خون مقدار میں متوسط ہو سکتا ہے، یا چھوٹے جدا جدا دموی بساقات (blood sputa) میں پایا جاتا ہے یا صرف یہ ہوتا ہے کہ مخاطی بساقات خون کے رنگ کے یا زنگ آلود (rusty) ہو جاتے ہیں۔ اگر اس کے ساتھ ہی التہاب پلیورا ہو تو درد پہلو پیدا ہو جائیگا، اور اس واقعہ کے بعد ممکن ہے کہ کسی قدر حموی تعامل (febrile reaction) قشعریرہ کے ساتھ یا اس کے بغیر ہو جائے۔ مغمہ (infarct) صرف اسی وقت جب کہ وہ بہت بڑا ہو، ایک اصمیت کا رقبہ، اور اصوات تنفس کا انقطاع (supperssion) پیدا کر دے گا۔ لیکن کچھ تکتکہ (crepitation) ہونا بھی ممکن ہے۔ اگر کسی قلبی حالت میں جس میں مغمہ (infarct) کا شبہ ہو، اصمیت کا کوئی وسیع رقبہ پایا جائے تو یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ امتلاء (congestion) اور آذیما کی وہ مخلوط حالت، جس کو تصلّب سرخ (red induration) اور بھورا تصلّب (brown induration) کہتے ہیں، مصراعی مرض (valvular disease) کا ایک عام نتیجہ ہوتی ہے، اور اکثر مغمات (infarcts) کے ساتھ موجود ہوتی ہے۔

عفونی مغمات (septic infarcts) تقیح الدم (pyaemia) میں کثیر الوقوع ہوتے ہیں، اور فی الحقیقت اس مرض کی حاد شکل کے ممیز بعد الممات ضررات ہیں۔ یہ اسکات (foci) عام طور پر بالکل چھوٹے ہوتے ہیں اور کچھ تکتکہ (crepitation)

کے سوائے کوئی معین طبیعی امارات نہیں پیدا کرسکتے۔ لیکن وہ التہاب پلیورا (pleurisy) اور انصباب (effusion) جو اکثر ان کے ساتھ ہوتے ہیں، معمولی امارات ظاہر کرتے ہیں، اور عفونی قسم (septic type) کا حمی تعامل مع قشعریرہ اور بڑھتے ہوئے انبطاح (prostration) کے موجود ہوگا۔

شحم سدادیت (fat embolism)، جب کہ یہ کافی مقدار میں موجود ہو، ریوی دورانِ خون کے تسدد کی وجہ سے، صدمۂ جراحیہ (surgical shock) کے اسباب میں سے ایک سبب ہوسکتی ہے۔ اِس کے علامات یہ ہیں:— بہر، انبطاح، سرخ جھاگ دار بُساق، نبض سریع، زراق (cyanosis)، اور پھیپھڑوں پر لغطات (râles)۔

تشخیص۔ ریوی سدادیت یا علقیت کی تشخیص کا انحصار بہت کچھ سابق الوجود معطیات پر ہوتا ہے، جیسے کہ وریدی علقیت یا عفونت کی معلوم موجودگی، جو ممکن ہے کہ کسی شکمی عملیہ (abdominal operation) کے ساتھ متلازم ہو۔ مرض قلب کی موجودگی، ریوی انعام (infarction) پر دلالت کرسکتی ہے۔ نفث الدم (hæmoptysis) کے تمام اسباب میں، ریوی تدرن (pulmonary tuberculosis) کے بعد دوسرا کثیر الوقوع سبب مرض قلب ہے۔ اِس حقیقت کا علم ایک محفوظ تشخیص قایم کرنے میں بڑی حد تک ممد ہوتا ہے۔

تحریز۔ مشورہ دیا گیا ہے کہ شکمی عملیات جراحیہ کے بعد، جبکہ التہاب باریطون (peritonitis) موجود نہ ہو، اور وضع حمل کے بعد، ٹانگوں اور حوض (pelvis) کی حرکت کی، اور دَلک (massage) عمل میں لانے کی اجازت دیدینی چاہئے، تاکہ خون کا رکود (stagnation)، جس سے علقیت کی استعداد پیدا ہوجاتی ہے، واقع نہ ہونے پائے۔ لیکن اگر یہ یقین ہو کہ علقہ بن چکا ہے تو ان کو بند کردینا چاہئے۔ پھیپھڑوں کے اندر رکود کا وقوع (جس سے علقیت پیدا ہوجاتی ہے) روکنے کے لئے، اور شکم سے وریدی خون کی واپسی میں آسانی پیدا کرنے کی غرض سے عمیق تنفس (deep breathing) منتظم طریقہ پر عمل میں لانا چاہئے۔ اگر مریض سپید پڑ گیا ہو تو جراحی عملیہ سے پہلے نقل الدم (blood transfusion) عمل میں لانا چاہئے۔

ارتکازِ خون سے بچنے کے لئے مریض کو بکثرت پانی پینے دینا چاہیئے۔
علاج۔ ریوی شریان سے سدادیت زائل کرنے کے لئے اب ایک نجاتی عملیہ (emergency operation) درجۂ کمال کو پہنچایا گیا ہے۔

درون صدری نومایہ جات

(INTRA-THORACIC NEOPLASMS)

درون صدری نومایہ جات کے عام ترین اسباب شُش کا اوّلی سرطان (primary carcinoma) اور پھیپھڑوں، پلیورا یا ثُنیی غدد میں سرطانی (carcinomatous) یا سلعی لحمی (sarcomatous) سروحات (metastases) ہیں، جو جسم میں کسی دوسرے مقام کی اولی بالیدوں سے نکل کر واقع ہوں۔ ان کا بیان ذیل میں درج ہے۔ دوسری امراضیاتی حالتیں جو شاذ صورتوں میں اولی سرطان شش سے سریریاتی مشابہت رکھتی ہیں یہ ہیں۔ واسط میں تیموسیہ اور درقیہ کی بالیدیں [جن میں درون صدری غوط (goitre) بھی شامل ہے]، ادمیات (dermoids)، مسخولی سلعات۔ مرض ہاجکن (Hodgkin's disease)، نو اسطی سلعہ لحمیہ (mediastinal sarcoma)، لمفی سلعہ لحمیہ (lympho-sarcoma)، مری (œsophagus) کا اولی سرطان جو شش کے اندر تک پھیل جائے۔ پلیورا میں متعدد غیر خبیث سلعات، مثلاً سلعہ لیفیہ (fibroma) وغیرہ، اور درعلی سلعہ (endothelioma) اور لحمی سلعہ (sarcoma)- شش میں غیر خبیث سلعات بہت شاذ و نادر پائے جاتے ہیں۔ لیکن کیسات (hydatids)، صمغیات (gumma)، اور التہابات ان سے خلط ملط ہو سکتے ہیں (60)۔

شش کا اوّلی سرطانی سلعہ

(primary carcinoma of the lung)

بحث اسباب۔ شش کا اولی سرطانی سلعہ ہر عمر میں، لیکن اکثر

اوقات (۷،۷)[۱] چالیس اور ستر سال کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں چار گنا زیادہ عام ہے، بدقسمتی سے حال میں چند سال سے اس کے حدوث (incidence) میں زیادتی ہو گئی ہے۔ چونکہ مزمن خراش، سرطانی سلعہ کا ایک مسلمہ تسبیبی عامل ہے، خراش کے اسباب ڈھونڈے گئے ہیں، مثلاً انفلوئنزا اور حال ہی میں ۱۹۱۸-۱۹ء کی وبائے عظیم کے بعد سرطانی سلعہ کی زیادتی پائی گئی ہے۔ گرد و غبار سے پیدا ہونے والی خراش [جیسے کہ سیکسنی (Saxony) کی کانوں میں] ایک امکان ہے۔ لیکن اگر استنشاق (inhalation) ایک سبب ہے تو بائیں شش کے نسبت دائیں شش کو زیادہ آسانی سے ماؤف ہو جانا چاہئے، کیونکہ دایاں شعبہ نسبتہً بڑا اور زیادہ سیدھا واقع ہوتا ہے۔ لیکن دونوں شش تقریباً مساوی طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔ موٹر گاڑی کی اخراجی گیسوں کا استنشاق، زہریلی حربی گیس، تمباکو پینا، اور گرد راہ امکانی عوامل ہیں (61)۔

مرضی تشریح۔ شش کی اولی بالیدیں، اپنے مبدا کے لحاظ سے تین گروہوں میں منقسم ہیں:۔ (۱) شعبی سرحلمہ سے نکلنے والی، (۲) شعبی مخاطی غدد سے نکلنے والی (۳) جرم شش سے نکلنے والی۔ پہلے گروہ میں سلعہ بالخصوص ایک بڑے شعبہ میں محدود ہوتا ہے، اور شعبہ مسدود ہو جاتا ہے۔ یہ بالیدہ زیادہ منتشر نہیں پھیلتی، بلکہ ٹوٹ کر تمدد الشعبی (bronchiectatic) کہفے بنا دینے کا رجحان رکھتی ہے۔ یہ استوانی خلیوں سے بنتی ہے۔ دوسرے گروہ کے ساتھ (اور یہ بھی شعبات کے گرد محدود ہونے کا رجحان رکھتا ہے) بہ افراط مخاطی افراز ہوتا ہے۔ لیکن ان سلعات میں خلیے اس قدر تغیر پذیر ہوتے ہیں کہ یہ جماعت بندی زیادہ مفید نہیں۔ تمام سلعات میں سے نصف سے زائد سلعات "جئی نما خلیوں" والی قسم ("oat cell" type) سے تعلق رکھتے ہیں۔ خلیے اور نواتے، جو زیادہ گہرا رنگ قبول کرتے ہیں،

180

---

[۱] قوسین کے اندر خط اردو میں درج کئے ہوئے اعداد وہ فی صدی تعداد ہیں ظاہر کرتے ہیں جو لندن ہسپتال میں ۱۳۹ امتحانات لاشہ (autopsies) کے تجزیہ سے لی گئی ہیں (41)۔

بیضوی ہوتے ہیں اور اُن کا خلیہ مایہ (cytoplasm) قلیل المقدار ہوتا ہے۔ سروحات (metastases) لمفائی غدد کے اندر عام ترین ہوتے ہیں، لیکن وہ دوسرے اعضا، واحشا میں مختلف حد تک واقع ہوتے ہیں۔ دوسری پیچیدگیاں حسب ذیل ہیں۔ پلیورائی انصباب (pleural effusion) (۲۸)، یعنے قیحی (۵، ۶)، دموی (۷)، صامت (۵، ۱۴)۔ ایک شعبہ کا جزئی یا کامل انسداد (occlusion) (۵۶)، شعبی التہا تمدد الشعب (bronchiectasis)، شعبی ریوی التہاب، ہبوطی گنگرین (collapse gangrene)، خراج (۵، ۱۱)، نفاخ، تلیف (fibrosis)، اور ریوی عروق کی علقیت اور ان پر حملہ، تامور (pericardial) پر حملہ (۵، ۴۴)، مری پر حملہ یا دباؤ (۵، ۱۶)، فوقانی ورید اجوف پر حملہ اور اس کا تسدد (۵، ۱۱)، بڑی نظامی وریدوں کی علقیت (۱۷)، جو جوارح بالا اور جوارح زیریں میں یکساں کثرت سے واقع ہوئی۔

علامات۔ کھانسی (۶۶) ابتداءً خشک ہوسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ شدید دوروں کی شکل میں ہو، یا قصبہ یا شعبات پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے "نحاسی" (brassy) ہو۔ وہ گردن کی وریدوں کا عارضی امتلاء پیدا کرسکتی ہے۔ **بساق** نصف سے زائد اصابتوں میں موجود ہوتا ہے، اور ان میں سے بیشتر میں کیتقدر نفث الدم موجود ہوتا ہے (۳۶)۔ درد (۴۴) شدت میں تغیر پذیر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ قارض (gnawing)، وخزی (stabbing)، جرّی (dragging) ہو، یا دباؤ یا دم گھٹنے کا احساس ہو۔ درد عموماً سینہ میں ہوتا ہے، لیکن گردن، شکم، کمر اور جوارح میں بھی محسوس ہوسکتا ہے۔ وہ اکثر ریڑھ کے فقرہ (vertebra) میں سروحات (metastases) ہوجانے سے یا اعصاب پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتا ہے۔ لاغری (wasting) (۵۲) کے ساتھ کسلمندی، کمزوری اور شحوب (pallor) ہوسکتا ہے، لیکن عموماً مریض عدیم الدم (anæmic) نہیں ہوتے۔ بُھر (dyspnœa) (۵۰) یا اسی پھولی ہوئی سانس (breathlessness) کے جو مشقت کرنے یا زور لگانے کے بعد ہوجاتی ہے، اکثر ایک متاخر علامت ہے، تا وقتیکہ پلیورائی انصباب موجود نہ ہو۔ وہ دوروں کی شکل میں ہوسکتا ہے، اور اس کے ساتھ شہیقی صرصرہ (inspiratory stridor) ہوسکتا ہے۔ ایک مریض میں شریانی خون میں CO_2 کا دباؤ بڑھ گیا اور

آکسیجن کی سیر شدگی (oxygen saturation) کم ہوگئی جس سے پیدا ہوتا ہے کہ شش کے اندر گیسوں کے باہمی تبادلہ میں رکاوٹ تھی (7)۔ ارتفاع حرارت (pyrexia) (۲۹) اکثر سل ریوی کی دائمی تپش (hectic temperature) سے مشابہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ سردی لگنا (chills) اور شبانہ پسینے (night sweats) ہوں (۱۷)۔ خفوق قلب (tachycardia) بلا ارتفاع تپش کے موجود ہوسکتا ہے (۱۹)۔ بعض اوقات سریریاتی طور پر ثانوی جماؤ (secondary deposits) پائے جاتے ہیں (۲۴)۔ اور دوسرے علامات یہ ہیں :۔ زراق (cyanosis) (۲۱) جو اکثر اوردۂ متسع (dilated veins) (۱۹، ۵) کے ساتھ ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ سر اور گردن، جوارح بالا، صدر اور شکم میں نظر آئیں اور اس وجہ سے اہم ہیں کہ وہ یہ ظاہر کرتے ہیں کہ واسطہ (mediastinum) میں تسدد ہوگیا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون قلب تک ان تفمّمات سے (anastomoses) کے ذریعہ سے پہنچتا ہے جو بین ضلعی اوردہ (intercostal veins) اور شکمی اوردہ کے درمیان ہوتے ہیں۔ باوجود اس تعویض (compensation) کے وریدی رَو میں بہت کچھ رکاوٹ واقع ہوجانے کا امکان ہوتا ہے، اور جھکنے یا کسی طرح کا زور لگانے پر چہرہ اور بھی زیادہ ممتلی اور ازرق ہوجاتا ہے۔ فوقانی ورید اجوف کے تسدد کی حالت میں سطح پر خون کا بہاؤ بالکل نیچے کی طرف اور تحتانی ورید اجوف کے تسدد میں اوپر کی طرف ہوتا ہے۔ لیکن یہ آخر الذکر حالت درون صدری سلعہ (intrathoracic tumour) سے شاذ ہی پیدا ہوتی ہے، گو کہ خبیث بالیدگی (malignant growth) کا ڈایافرام سے عین اوپر تحتانی ورید اجوف تک پہنچ جانا ممکن ہے۔ اُذیما (۱۸) اکثر ایک متأخر امارت ہوتا ہے، جس کے ساتھ زراق اور متسع وریدیں ہوتی ہیں۔ سر، گردن اور ہر دو یا کسی ایک بازو کا اُذیما نہایت ممیز ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ سریع الزوال ہو اور محنت کرنے یا زور لگانے، جھکنے یا کھانسنے سے پیدا ہو جائے اور اس کے ساتھ دم گھٹنے کا احساس بھی ہو۔ یہ علامات بھی موجود ہوتے ہیں :۔ حنجری شلل (laryngeal paralysis) (۱۷)۔ عسر البلع (dysphagia) (۱۱)۔ قئے (۱۱)، انگلیوں کی گرز شکلی

(clubbing of the fingers) (۵، ۶) (غالباً یہ مدد بہت کم ہے)، کند مردمی اور دوار (vertigo)، حدقات (pupils) کی عدم مساوات اور عصب مشارکی کے ہیجان یا شلل (جو ملاحظہ ہو) کے دوسرے امارات ۔ متوا ئلین اکثر ایک سلعوں سے اپنا ممر بلا کسی مزاحمت سے دوچار ہوتے جاری رکھتے ہیں ۔ بعض اوقات وہ مضغوط ہوجاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ محیطی نبض (peripheral pulse) کمزور یا مطموس ہو جاتی ہے ۔

طبیعی امارات نہایت تغیر پذیر ہوتے ہیں، اور اُن کا انحصار بالید کے محلِ وقوع اور جسامت پر اور پیچیدگیوں کی موجودگی پر ہوتا ہے ۔ ممکن ہے کہ ابتداءً وہ صرف ایک شعبہ کے تسدد کے امارات ہوں، جو پہلے بیان کئے جا چکے ہیں، اور اُن کے ساتھ اکثر صرصرہ (stridor) ہو ۔ جوں جوں سلعہ کی جسامت بڑھتی ہے اور نہ صرف شعبی غدد میں جماؤ (deposits) بلکہ ششش کے اندر تک پھیلاؤ ہو جاتا ہے، قرع (percussion) کی آواز میں کمی (impairment) پائی جاتی ہے، بالخصوص سینہ کے سامنے بالائی حصے میں، لیکن یہ کمی راس تک نہیں پہنچتی ۔ ممکن ہے کہ اس رقبہ میں شعبی تنفس (bronchial breathing) بڑھا ہوا لمسی صوتی خفیف، اور شعبہ صوتی (bronchophony) موجود ہو، یا اصوات تنفس، لمس صوتی خفیف (T.V.F.) اور بولنے کی آوازیں (voice sounds) غیر موجود ہوں ۔ اگر بالید نیچے کی طرف پھیلتی ہے تو یہی طبیعی امارات ایک قاعدے پر موجود ہو سکتے ہیں ۔ مختلف پیچیدگیوں کے طبیعی امارات بھی موجود ہو سکتے ہیں ۔

181

تشخیص ۔ بعض اصابتیں اپنا ممر بلا کسی صدری علامت کے ختم کر دیتی ہیں ۔ اصابتوں کا ایک چھوٹا دماغی گروہ (cerebral group) مرحلات (metastases) کی وجہ سے ہوتا ہے اور یہ اصابتیں دماغی سلعہ، التہاب سحایا (meningitis)، التہاب دماغ (encephalitis) وغیرہ سے مشابہ ہوتی ہیں ۔ اصابتوں کا دوسرا گروہ نخاعی (spinal group) ہے، جو ممکن ہے کہ التہاب نخاع (myelitis) شوکی بوسیدگی (spinal caries) یا دردِ کمر (lumbago) کے طور پر تشخیص کر لی جائیں ۔ تیسرے گروہ میں حاد شکمی علامات ہوتے ہیں ۔ وہ صرصرہ (stridor) جو ایک شعبہ کے

انضغاط سے پیدا ہوجاتا ہے، غلطی سے شعبی التہاب کا خرخرہ (rhonchus) سمجھا جاسکتا ہے۔ اول الذکر وقت وقوع اور محل وقوع کے لحاظ سے مستقل یا غیر متغیر ہوتا ہے اور آخر الذکر تغیر پذیر ہوتا ہے اور چند ہی گھنٹوں کے اندر ایک جگہ سے دوسری جگہ بدل جاتا یا کچھ وقفوں میں غائب ہوجاتا ہے۔ اگر سلعہ درون صدری پیچیدگیاں [جیسے کہ واسطی ذات الجنب، انصباب (effusion)، تقیح صدر (empyema) شعبی التہاب (bronchitis) ممتد و اتشعب (bronchiectasis)، شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia)] پیدا کردے اور سلعہ کے ممیز علامات (جیسے کہ امتلاء دادرِ دَہ اور اُذیما) غیر موجود ہوں، تو ممکن ہے کہ اس امر کو شناخت کئے بغیر کہ اوّلی سبب مرض سلعہ ہے، ان پیچیدگیوں کی تشخیص کرلی جائے۔ سل ریوی اور استرواح الصدر سے بھی تفریق کرنی چاہیے۔ بزل (paracentesis) کے بعد ایک سریع النکس عقیم پلیورائی انصباب واقع ہونا سرطان کی دلالت ہے، بالخصوص اگر یہ انصباب خون آلود ہو، اگرچہ یہ بیان کردینا ضروری ہے کہ خون آلود انصباب کا عام ترین سبب تدرن ہے۔ خلویاتی امتحان (cytological examination) سے عموماً کوئی مدد نہیں ملتی۔ اس کے برعکس اگر ایک ادھیڑ عمر والے مریض میں سیال کے امارات موجود ہوں لیکن سینہ کا استقصاء (exploration) کرنے پر کوئی سیال نہ ملے تو سلعہ کا شبہ کیا جاسکتا ہے۔ سرطان شش آنورسمائے اَورطی (aortic aneurysm) کے ساتھ بآسانی خلط ملط کیا جاسکتا ہے۔ انورسما کے مشہور و معروف طبیعی امارات کے علاوہ بیشتر اصابتوں میں لاشعاعی امتحان تفریقی تشخیص کا نہایت یقینی ذریعہ پیش کرتا ہے۔ انورسما ایک صاف اور واضح کور رکھتا ہے، اور ایک تمدد پذیر نبضان (expansile pulsation) ظاہر کرتا ہے۔ لیکن کسی ایسے سلعہ سے بھی جو اورطی کے ساتھ منضم ہو نبضان (pulsation) پیدا ہوسکتا ہے۔ ایک بےقاعدہ طور پر دررریزش کرنے والے نومایہ (infiltrating neoplasm) کی چھاؤں بتدریج خود کو اردگرد کے شش میں غرق کردیتی ہے، اور اس کی اصلی کور بالکل نظر نہیں آتی۔ لپایوڈال (lipiodol) کے استعمال کے بعد امتحان کرنے سے ممکن ہے کہ ایک شعبہ کا تنگ نظر آئے۔ شعبہ بینی (bronchoscopy) نہایت ہی ممد ہے۔ نسیجیاتی امتحان کے ذریعہ تشخیص کرنے کے لئے بالیدہ کا ایک ٹکڑا

الگ کیا جاتا ہے۔ اگر تضیق کا اتساع کیا جائے اور محبوس افرازات کو نکلنے دیا جائے تو عارضی طور پر تسکین ہو جاتی ہے۔ لاشعاعی امتحان' جو کہ استرواح الصدر انجام دینے اور اگر کوئی انصباب، موجود ہو تو اس کو دور کرنے کے بعد انجام دیا جاتا ہے' پلیورائی بالیدوں کو تشخیص کرنے کے لئے نہایت ہی مفید ہے صدر بینی بھی مستعمل ہے (کتاب)۔

علاج۔ جب شعبہ بینی کے ذریعہ بالید تک رسائی ہو سکتی ہو تو علاج میں ایک انقلاب عظیم پیدا ہو جاتا ہے' کیونکہ باقاعدہ وقفوں پر ریڈان کے خول مدفون کئے جا سکتے ہیں۔ لختہ برآری کا عملیہ بھی استعمال کیا جاتا ہے۔

پھیپھڑوں میں ثانوی مطروحات

(secondary deposits in the lungs)

علامات۔ جب شُش بالید کی کثیر التعداد گرہکوں کا محل وقوع ہو' جو کہ اندر بے قاعدہ طور پر پھیلی ہوئی ہوں' تو مریض کو کم از کم ابتداءً کوئی تکلیف نہیں ہوتی اور تاوقتیکہ ایک شعبہ پر دباؤ نہ پڑے کوئی طبیعی امارات انہیں نمودار ہوتے۔ آخری درجوں میں بُہر (dyspnœa)' تیز تنفس' کبودی (lividity)' متواتر کھانسی اور مخاطی نفث ہوگا۔ اور استماع کرنے پر سارے سینہ پر کثیر التعداد خرخرات (rhonchi) اور لغطات (râles) سنائی دیتے ہیں۔ یہ حالت دُخنی تدرن (miliary tuberculosis) سے کسی قدر مشابہت رکھتی ہے' لیکن ممکن ہے کہ تپش طبعی درجہ کی ہو۔ جب پلیورا ماؤف ہوتا ہے تو عموماً ایک انصباب (effusion) ہوتا ہے' جس میں خون اور خبیث خلیات (malignant cells) موجود ہو سکتے ہیں۔

تشخیص۔ جب دوسرے احشاء میں بالید کی موجودگی معلوم ہو' یا جب سرطان پستان' یا سرطان فک بذریعہ عملیہ نکال کر خارج کر دیا گیا ہے' تو ایسی حالت میں ناقابل توجیہ بُہر کے وقوع سے ہمیں پھیپھڑے کے اندر بالید واقع ہونے کا خیال آنا چاہیئے۔ اور اُن اصابتوں میں کہ جن میں ریوی علامات نہایت نمایاں ہوں' گردن میں سخت غدد' یا خصیہ میں سلعہ کی موجودگی سے' یا فقرات کی ماؤفیت سے پیدا شدہ شوکی استواری سے بعض اوقات ضروری پتہ چل جاتا ہے۔ ابتدائی

182

اصابتوں میں ممکن ہے کہ لاشعاعوں سے پھیپھڑوں میں ممیز گول عتمات (opacities) نظر آئیں۔

انذار برا ہوتا ہے اور اس حالت کی مدت ایک سال سے زائد ہونے کا امکان نہیں۔

علاج کا منشاء یہ ہے کہ درد اور کھانسی میں تخفیف ہو اور نیند آجائے۔ عمیق لاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) بالیدگی کی عارضی تخفیف (recession) اور نشوؤں کا دوبارہ پھیلاؤ واقع کرتا ہے (62) یا ریڈیم (radium) کو جسیم متناوروں میں استعمال کیا جاسکتا ہے۔ بالیدگی کے ساتھ کے سیال انصباب کو ممصاص (aspirator) کے ذریعہ نکال دینا چاہیے، لیکن اغلب ہے کہ وہ جلد ہی پھر پیدا ہوجائے گا۔

ذات الجنب اور تقیح صدر

(PLEURISY AND EMPYEMA)

ذات الجنب یعنے غشائے پلیورائی کے التہاب کے خاص مظاہر یا تو سطح پلیورائی پر تکوین "لمف" (خشک ذات الجنب: dry pleurisy) یا مصلی سیال کا ارتشاح (انصبابی ذات الجنب: pleurisy with effusion) یا پیدائش ریم (تقیح صدر: empyema) ہیں۔

بحث اسباب۔ کثیر التعداد اصابتوں میں خشک ذات الجنب، یا انصبابی ذات الجنب کا آغاز بہ ظاہر تندرست اشخاص میں نامحسوس طور پر ہوتا ہے، اور اکثر سردی کے تکشف سے منسوب کیا جاتا ہے۔ ایسی اصابتوں کا ایک بڑا تناسب، شائد ۸۰ فی صدی اصابتیں، بلاشبہ اپنے مبداء میں تدرنی (tuberculous) ہوتی ہیں۔ بہت سے مریضوں میں تدرن کی سرگذشت ملتی ہے، یا بالآخر سل ریوی یا دوسرے تدرنی ضررات کے باعث ہلاکت واقع ہوجاتی ہے۔ نیز بہت سی مثالوں میں سیال کو جانوروں میں تطعیم کرنے سے تدرن پیدا ہوجاتا ہے۔ ذات الجنب کی ایسی اصابتیں اپنے ممر میں مزمن ہوتی ہیں۔

پلیورا اکثر ایک زیادہ حاد قسم کے التہاب کا مورد ہے، جو بالآخر تقیح صدر

پیدا کردیتا ہے، اور یہ دوسری بہت سی سرایتوں، بالخصوص نبقی ریوی سرایتوں کلو، قرمزیہ، کھسرا، رثیتی بخار، عفونۃ الدم اور انفلوئنزا کی سرایتوں کا نتیجہ ہوتا ہے۔
ذات الجنب مرض برائٹ (Bright's disease) کی بھی ایک کثیر الوقوع پیچیدگی ہے۔
بعض اصابتوں میں سرایت نسبتہً زیادہ راست طور پر مقامی ہوتی ہے، مثلاً اس وقت جب کہ مکسور (fractured) پسلیوں سے پلیورا زخمی ہو جائے، یا جب (۱) ضرراتِ شش [مثلاً ذات الریہ، تقیح الدمی خراجات (pyæmic abscesses)، سلعۂ تدرن، یا نزفی مغمات (hæmorrhagic infarcts)] یا (۲) جداری ضررات [جیسے کہ بغل، پستان، گردن، یا کہفۂ شکم کے خراجات] کی توسیع پلیورائی سطح پر ہو جائے۔
ذات الجنب، التہاب تامور اور التہاب باریطون، یہ سب بیک وقت ایک ہی سرایت سے واقع ہو سکتے ہیں، جو حاد اصابتوں میں رثیتی، عفونی (septic)، یا نبقی ریوی، اور مزمن اصابتوں میں اکثر تدرنی ہوتی ہے۔ اس کو خبیث التہاب غشیہ مصلیہ (polyorrhomenitis) یا عام التہاب غشیہ مصلیہ (polyserositis) کہتے ہیں۔
ذات الجنب کے مختلف اقسام میں حسب ذیل دقیق عضویے پائے جاتے ہیں:۔ نبقۂ ریویہ، نبقہ سبحیہ، نبقہ عنبیہ، عصیّۂ تدرن اور عصیہ محرقیہ۔ نسبتہً شاذ صورتوں میں فریڈلینڈر کا عصیہ، عمومی عصیہ قولونی، عصیہ ڈفتھیریا، عصیہ انفلوئنزی، اور خرد نبقہ جھاریرا۔ ان کا امتزاج ہو سکتا ہے، مثلاً نبقۂ ریوی یا درنی عصیہ کا سبحی نبقات یا عنبی نبقات کے ساتھ۔
ان میں سے آخری عموماً تنہا نہیں پائے جاتے۔ تدرن کے عقیم مصلی فائبرینی انصبابات میں درنی عصیے مفقود ہوتے ہیں۔ تدرن کے ریمی انصبابات بھی اکثر معمولی کاشت کرنے پر عقیم ثابت ہوتے ہیں، اور گنی پگ میں تطعیم کئے بغیر ان میں درنی عصیات شاذ و نادر ملتے ہیں۔ بچوں کے ریمی انصبابات میں نبقات ریوی بیشتر پائے جاتے ہیں (۸۰ فی صدی)، اور بالغوں کے ریمی انصبابات میں سبحی نبقات زیادہ عام ہوتے ہیں (۵۰ فی صدی)۔

مرضی تشریح۔ خشک ذات الجنب (dry pleurisy)۔ پہلا درجہ

پلیُورا کے عروق کے اِتساع (dilatation) کا ہے، جس کے بعد جلد ہی سیال کا ارتشاح اور چند سفید جسیمات کی مہاجرت واقع ہوتی ہے۔ یہ سیال مروب ہو جاتا ہے، اور اِس سے سفید جسیمات اور فائبرِن کا آمیزہ پیدا ہو کر (جسے اکثر بہ ہی طور پر لمف کہتے ہیں) آزاد سطح پر مطروح ہو جاتا ہے۔ غشاء ابتداءً دقیق طور پر مُشرب (injected) ہوتی ہے، اور نہایت جلد ہی اُس کی قدرتی طور پر چمکنے والی سطح فائبرِن کی وجہ سے ماند پڑ جاتی ہے، اور فائبرِن کو ایک نہایت نازک جھلی کی صورت میں جدا کیا جا سکتا ہے۔ اگر ارتشاح شدہ مادّہ زیادہ افراط کے ساتھ ہو تو وہ سخت یا لیپی جیسی دبیز تہیں بنا دیتا ہے، جو سطح پر عموماً کھُردری، یا خملی (villous)، یا جالدار ہوتی ہیں۔

183

انصبابی ذات الجنب (pleurisy with effusion)۔ اس حالت میں خشک ذات الجنب میں "لمف" پیدا ہو جانے کے بعد جلد ہی ایک مصلی یا مصلی فائبرینی سیال کا ارتشاح واقع ہوتا ہے، یا اگر یہ عمل زیادہ مزمن ہو تو بلا "لمف" کی سابقہ تکوین کے ایک مصلی سیال کا ارتشاح واقع ہو جاتا ہے۔ یہ سیال کہفہ پلیورائی کے اندر ۲ یا ۳ پائنٹ تک یا زائد مقدار میں جمع ہو سکتا ہے۔ اُس کا رنگ زرد یا سبزی مائل زرد، اور کثافتِ نوعی ۱۰۰۵ تا ۱۰۳۰، اور اکثر ۱۰۱۵ تا ۱۰۱۸ ہوتی ہے۔ اس میں جو البیومن موجود ہوتا ہے اُس کی وجہ سے یہ اُبالنے پر تقریباً ٹھوس ہو جاتا ہے۔ یہ شاذ نہیں کہ اس میں فائبرِن کے چند گالے (flakes) موجود ہوں، یا تھوڑے ہی عرصہ میں کچھ مقدار مطروح ہو جائے۔ یہ سیال بالکل صاف ہوتا ہے، یا جسیمات کی موجودگی کے باعث دودھیا (opalescent) یا گدلا۔ حاد اصابتوں میں ایوسین پسند (eosinophil) یا کثیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) خلیوں کا غلبہ ہوتا ہے، اور زیادہ مزمن اصابتوں میں خلیے نسبتہً تھوڑے ہوتے ہیں اور وہ لمف خلیے ہوتے ہیں۔ حاد اصابتوں میں ممکن ہے کہ خلیوں کی مقدار اتنی کافی ہو کہ سیال کو نکال لینے کے بعد وہ اُس کی تہ میں ایک دبیز تہ بنا دیں، اور اس کے اور گاڑھی پیپ کے بننے کے درمیان تمام مدارج پائے جا سکتے ہیں۔ بعض اوقات یہ سیال کم و بیش خون کی جھلک رکھتا ہے، اور یہ خون اُن نوساختہ عروق سے ماخوذ ہوتا ہے جو تعضیّ پذیر لمف (organising lymph)

میں پائے جاتے ہیں۔

یہ انصباب سیال ذات الجنب کے نتائج میں سے اہم ترین نتیجہ ہے۔ چونکہ وہ کیسۂ پلیورا کے اندر مقید رہتا ہے لہذا وہ لازمی طور پر شش کو ڈایافرام اور دیوار سینہ کی مجاورت سے ہٹا دیتا ہے، اور سیال کا انصباب جس قدر زیادہ ہوتا ہے شش اسی قدر زیادہ مضغوط ہو جاتا ہے۔ یہ انضغاط سیال کے دباؤ سے نہیں بلکہ شش کی لچک کی وجہ سے واقع ہوتا ہے، جو قدرتاً اس کی بازکشیدگی (retraction) میں ممد ہوتی ہے۔ یہاں تک کہ یہ حالت پائی جانی ممکن ہے کہ سینہ کے اندر سیال کی بڑی مقدار موجود ہونے کے باوجود دباؤ پھر بھی منفی ہو لیکن گو صورت حالات ایسی ہوتی ہے، تاہم ممکن ہے کہ وہ اب بھی مقابل جانب کے پلیورا کے دباؤ کی نسبت زیادہ ہو، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب تندرست جانب کی طرف ہٹ جاتا ہے۔ لیکن بعض اصابتوں میں سیال کا دباؤ کرۂ ہوائی کے دباؤ کی نسبت زائد ہونا ممکن ہے، بالخصوص اس وقت جب کہ سیال ریمی ہو، اور ایسی صورت میں وہ قلب اور واسط (mediastinum) کو اپنی جگہ سے ہٹا دینے کے علاوہ، دیوار صدر کو باہر کی طرف ابھار دیتا، بین الاضلاع فضاؤں کو پھیلا دیتا، اور ڈایافرام کو معہ زیر افتادہ جگر یا طحال کے نیچے کو دھکیل دیتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں ممکن ہے کہ بڑے عروق پر دباؤ پڑے اور وہ تنگ ہو جائیں (Elliot Smith)۔

دوسرے التہابی اعمال کی طرح ذات الجنب بھی پلیورا کی دونوں سطحوں کو ڈھانکنے والی فائبرین کے تعضی (organisation) یعنے عروق دمویہ اور لیفی ساخت کی تکوین سے مندمل ہو جاتی ہے۔ اگر انصباب موجود ہو تو وہ ہفتوں یا دنوں کے دوران میں جذب ہو جاتا ہے، اور شش اور دیوار سینہ، یا تو اول الذکر کے پھیل جانے یا آخر الذکر کے بتدریج بیٹھ جانے، یا ان دونوں اعمال کے ممزوج ہونے سے، بالآخر باہم متماس ہو جاتے ہیں۔ خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ مابعد میں اس کی کوئی شہادت نہ ملے کہ کبھی کوئی التہاب ہوا بھی تھا۔ لیکن اس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ شش پر کا پلیورا دبازت کا ایک قطعہ (a patch of thickening) ظاہر کرے، وہ رنگ میں سپید ہو، اور اس کی سطح چکنی اور چمکدار ہو۔

اکثر اوقات تعفّن کے دوران میں جداری اور حشوی پلیورا متماس رہتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ لیفی ساخت کے ذریعہ باہم جڑ جاتے ہیں جسے انضمام (adhesion) یا چپکی کہتے ہیں۔ ایسے انضمامات یا چپکیاں عموماً پھیپھڑوں کے لختوں کے درمیان واقع ہو جاتی ہیں۔ بوڑھے آدمیوں میں سے مرنے والوں کی ایک بڑی غالب تعداد گیتھد سابق الوجود پلیورائی التہاب کے علامات ظاہر کرتی ہے۔ شدید اصابتوں میں پلیورا بہت دبازت یافتہ ہو سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ لیفی ساخت شش پر حملہ آور ہو کر لیفی شش (fibroid lung) پیدا کر دے۔

تقیح الصدر۔ تقیح الصدر یا ریمی ذات الجنب کو پیدا کرنے والے عضویات پہلے بیان کئے جا چکے ہیں۔ تقیح الصدر اولی ہو سکتا ہے اس معنی میں کہ یہ پہلا یا واحد التہاب ہوتا ہے جو کہ جسم میں کسی راستہ سے عضویہ کے داخل ہو جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے وہ قرب و جوار کے مرض کے ساتھ وابستہ ہو مثلاً ذات الریہ نکیوریسلی، یا ریوی خراج کے ساتھ۔ اور آخراً وہ جسم کے کسی دوسری جگہ کے مرض سے منتقل شدہ (metastatic) ہو سکتا ہے، مثلاً تقیح الدم (pyaemia) سے۔ تقیح الصدر، کسی دوسری جگہ کے پھوڑے کی مانند، ہمیشہ ایک صاف سیال سے، یا سفید خلیات اور فائبرین (fibrin) کے گالوں سے خفیف طور پر مکدر شدہ سیال سے شروع ہوتا ہے۔ اس درجہ کی مدت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ طویل ہوتی ہے مثلاً اس وقت جب کہ ایک درنی التہاب پلیورا ریمی ہو جائے (جو کہ ایک نہایت ہی شاذ واقعہ ہے)۔ نیقی ریوی تقیح الصدر میں تقیح ہونے میں اس سے کم دیر لگتی ہے۔ جب تقیح الصدر ذات الریہ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، تو عام طور پر تقیح بالعموم انحلال (resolution) کے دوران میں یا اس کے بعد واقع ہوتا ہے، جس سے ایک مابعد ذات الریوی تقیح الصدر (meta-pneumonic empyema) ظہور میں آتا ہے۔ اس صورت میں ذات الریہ

184

اولی اور پلیورا پر حملہ ثانوی ہوتا ہے۔ جب تقیح الصدر خون پاش نبقہ سبحیہ کی وجہ سے پیدا ہو تو تقیح میں تاخیر ہو جاتی ہے یا تقیح بہت سرعت کے ساتھ واقع ہوتا ہے، لہٰذا نبقی سبحی ذات الریہ میں تقیح الصدر بھی ہمزماں طور پر موجود ہوتا ہے، یعنے یہ ہمذات الریوی (syn-pneumonic) ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں پہلی

مرتبہ ہی جب کہ پلیورائی انصباب کا شبہ کیا جاتا ہے ریم پائی جاتی ہے۔
بعض اوقات ایک تقیح الصدر تاچۂ پلیورائی (pleural sac) میں سے
نکل کر یا تو شش میں سوراخ کر دیتا ہے (جس سے پیپ کا نفث ہوتا ہے) یا ایک
بین الاضلاع فضا میں (جو اکثر پانچویں فضاء ہوتی ہے) منھ کرکے ("pointing")
خود بخود پھوٹ جاتا ہے۔ دونوں صورتوں میں ممکن ہے کہ ہوا کہفۂ پلیورا کے اندر
داخل ہو کر ریمی استرواح الصدر (pyo-pneumo-thorax) پیدا کر دے۔ شاذ
اصابتوں میں ایک تقیح الصدر ڈائفرام کے آرپار یا اُس کے پیچھے سے ہو کر کہفۂ شکم
میں کھل سکتا ہے۔ لیکن اگر غیر مشخص یا بلا علاج کے رہ جائے تو وہ عرصۂ دراز تک
بلا سوراخ کئے بدستور رہ سکتا ہے۔ اس سے ایک نامکمل جذب واقع ہو کر مریض کی حالت
ضعفی (cachectic) ہو جاتی ہے اور احشا کے چربشی (lardaceous) انحطاط کے
وقوع کے لئے راستہ تیار ہو جاتا ہے۔
مصلی اور ریمی ہر دو انصبابات میں، پھیپھڑوں اور جُدر کے درمیان انضمامات
یا چپکیوں کے پیدا ہونے سے کہفہ کبھی کبھی جُدا جُدا فضاؤں میں منقسم ہو جاتا ہے۔ ایسی صورتیں
سیّال کو خانہ بند (loculated) کہتے ہیں۔ اگر ایسے مریض کا علاج جراحی طریقہ سے
کیا جائے تو یہ حالت اہمیت رکھتی ہے۔
علامات اور طبیعی امارات۔ خشک ذات الجنب (dry pleurisy)۔
ذات الجنب کے آغاز کی ممیز خصوصیت شدید درد ہے، جو سانس لینے کے فعل
سے پیدا ہوتا یا زیادہ ہو جاتا ہے۔ یہ درد عموماً پہلوئے سینہ میں نیچے کے مقام پر
ہوتا ہے، لیکن کہیں بھی ہو سکتا ہے کیونکہ اُس کا انحصار التہاب کی جائے وقوع پر
ہوتا ہے۔ وہ ایسا ہوتا ہے جیسے کہ کوئی کاٹ یا پھاڑ رہا ہو (cutting or tearing)،
اور نہ صرف سانس لینے سے بلکہ کھانسنے، چھینکنے اور ہر قسم کی مشقت کرنے یا زور لگانے
سے زیادہ شدید ہو جاتا ہے۔ مریض عموماً اپنی پشت کے بل یا تندرست جانب پر
لیٹا رہتا ہے۔ حاد ذات الجنب جاڑے کے ساتھ شروع ہو سکتا ہے، اور زیادہ تر
کسیقدر ارتفاع حرارت (pyrexia) ہوتا ہے، جس میں ممکن ہے کہ تپش ۱۰۳ درجہ تک
پہنچ جائے، لیکن یہ اکثر ۱۰۱ یا ۱۰۲ درجہ رہتی ہے۔ اس کے ساتھ دوسرے معمولی

متلازمات (accompaniments) ہوتے ہیں، یعنی فرواز بان، عدم اشتہا، اور نسلمندی (malaise)۔

سینہ کا امتحان کرنے پر ماؤف جانب پر حرکت کی کچھ کمی، اور درد کے مقام پر حویصلی خربر (vesicular murmur) کی قلت مشاہدہ میں آتی ہے۔ لیکن ممیز طبیعی امارت ذات الجنبی رگڑ (pleuritic rub) یا صوت فرکی (friction sound) ہے۔ یہ ان دو پلیورائی سطحوں کے جو ارتشاح (exudation) کی وجہ سے کھردری ہو گئی ہیں، ایک دوسرے پر حرکت کرنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ آواز فرک کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ حاد اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ رگڑ سختی کے ساتھ محدود مقام رکھتی ہو اور بآسانی نظر انداز ہو جائے۔ بلکہ اگر مریض شدید درد کے باعث وہ شہیقی (inspiratory) حرکت عمل میں نہ لا سکے جو اس کی پیدائش کے لئے ضروری ہے، تو یہ غیر موجود بھی ہو سکتی ہے۔ مزمن اصابتوں میں فرک اتنی زیادہ ہو سکتی ہے کہ وہ سینہ پر رکھے ہوئے ہاتھ سے محسوس ہو سکتی ہے، وہ مسماع الصدر (stethoscope) سے سُنی بھی جا سکتی ہے، اور بالکل بلا درد ہوتی ہے۔

وہ ذات الجنب جس کے ساتھ انصباب ہو اور تقیح الصدر

جب سیال کا انصباب ہو جاتا ہے تو پلیورا کی دونوں سطحیں ایک دوسرے سے علیحدہ ہو جاتی ہیں، صوت فرکی غائب ہو جاتی ہے، درد کم ہو جاتا ہے، اور ایسے علامات اور طبیعی امارات واقع ہوتے ہیں جو سیال کی موجودگی کا، یا سیال جن مختلف اعضاء پر اثر انداز ہوتا ہے اُن کے مضغوط ہونے یا جگہ سے ہٹ جانے کا، راست نتیجہ ہوتے ہیں۔ خاص علامت سانس کا پھول جانا ہے۔ جو مشقت کرنے یا زور لگانے پر خاص طور سے ہوتا ہے، اور یہ بُہر (dyspnœa) انصباب شدہ سیال کی مقدار کے تناسب سے ہوتا ہے۔ مریض اپنی پیٹھ کے بل یا ماؤف جانب کی کروٹ پر لیٹا رہتا ہے، تاکہ تندرست جانب کو سب سے زیادہ آزادی حاصل ہو۔ ممکن ہے کہ اُسے کھانسی بالکل نہ ہو، یا خفیف کھانسی بلا نفث کے ہو۔ ذات الجنبی انصباب میں آنکھ کی پتلیاں کبھی کبھی غیر مساوی ہوتی ہیں، اور ماؤف جانب کی پتلی نسبتہً زیادہ چوڑی ہوتی ہے۔

جیساکہ دوسری التہابی حالتوں میں ہوتا ہے، تپش اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ مثلاً تدرنی ذات الجنب میں وہ نہایت ہی بلند ہوسکتی ہے جو کہ شاید ناقچہ سکے غدود یا فعال مرض کی طرف اشارہ ہے۔ لیکن عام طور پر مستقیمی تپش صرف ۱۰۰ یا ۱۰۱ درجہ سنٹی گریڈ تک مرتفع ہوتی ہے۔ تقیح الصدر میں بھی، خواہ یہ سبھی نبقی ہو یا غیر نبقی تپش اختلاف پذیر ہوتی ہے، لیکن بالعموم وہ بلند اور متوقف یا متغیر ہوتی ہے، اور بسا اوقات اُس کے ساتھ قشعریرات ہوتے ہیں، اور مریض کی طبیعت نہایت ہی خراب ہوتی ہے اور اُس کو خراب محسوس ہوتی ہے، جیساکہ دوسرے حاد بخاروں میں ہوتا ہے۔

چونکہ سیّال تجاذب (gravitation) کے اثر سے سینہ کے سب سے نیچے کے حصے میں جمع ہوجاتا ہے، لہذا اچھے قاعدہ پر مطلق اصمیت (dulness) ہوتی ہے۔ لیکن حویصلی خریر (vesicular murmur) صوتی گمک (vocal resonance)، اور لمسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) بہت کمزور یا بالکل غائب ہوجاتے ہیں۔ کثیر المقدار سیّال ہو تو حسب ذیل طبیعی امارات مشاہدہ میں آتے ہیں: — معائنہ کرنے پر سینہ کی ماؤف جانب بے حرکت ہوتی ہے۔ قلب اپنی طبعی وضع سے ہٹا ہوا ہوتا ہے: اگر انصباب دائیں جانب ہو تو صدمۃ القلب (impulse of heart) بائیں بھٹنی کے نیچے یا اُس سے باہر کی جانب محسوس ہوسکتا ہے۔ اگر انصباب بائیں جانب ہو تو صدمۃ القلب اکثر عظم القص (sternum) کے دائیں طرف کی بین الاضلاع فضاؤں میں، عموماً تیسری، چوتھی، اور پانچویں فضاؤں میں، بلکہ دائیں بھٹنی کے پاس تک، اور شاذ مثالوں میں اُس سے بھی باہر تک محسوس ہوتا ہے۔ صاف انصباب رکھنے والی اصابتوں میں ماؤف جانب پر سینہ کا محیط زیادہ نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ وہ کم ہوجائے۔ لیکن تقیح الصدر میں ممکن ہے کہ وہ زیادہ ہوجائے اور بین الاضلاع فضائیں، پسلیوں کے لیول سے نیچے تک پست ہونے کے بجائے پُر (یا ممطوس) ہوجاتی ہیں۔ ممکن ہے کہ دیوار سینہ کا کسی قدر آذیما یا تہیج ہو۔ طحال یا جگر ہٹ کر نیچے آسکتے ہیں۔ قرع کرنے پر سامنے، بغل میں، اور پیچھے اصمیت پائی جاتی ہے جو مقابل جانب کی اُس اصمیت کے ساتھ مسلسل ہوجاتی ہے جو

185

اپنی جگہ سے ہٹے ہوئے قلب کے ساتھ متناظر ہوتی ہے۔ ساتھ ہی سینہ کی مقابل جانب پر بھی گمک متاثر ہوجاتی ہے۔ چنانچہ ٹھوس پن کا ایک مثلث رقبہ ایسا پایا جاتا ہے جس کا راس عظم الکتف (scapula) کے زاویہ کے لیول کے قریب ریڑھ کے پاس ہوتا ہے، اور قاعدہ ریڑھ سے لے کر شُش کے زیریں کنارے کے برابر برابر ۲ تا ۳ انچ پھیلتا ہے (گروکو کا نزد فقری مثلث: Grocco's paravertebral triangle)۔ اس کی توجیہ حسب ذیل ہے:۔ طبعی طور پر شُش کے مرکزی حصے کا پھیلنا (expansion) صرف اسی طرح سے ممکن ہوتا ہے کہ واسطِ مؤخر کا تناؤ زیادہ رہے، جو اُسے جنبش جانے سے روکے رکھے۔ تناؤ کی یہ زیادتی مقابل جانب کے ڈائفرام کے عمل کی وجہ سے ہوتی ہے۔ جب یہ کم ہو، جیسا کہ پلیورائی انصباب میں ہوتا ہے تو واسطہ ہر شہیق (inspiration) کے ساتھ ڈھیلا پڑجاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ غیر ماؤف جانب کے شُش کے مرکزی حصہ کو نسبتہً کم ہوا پہنچتی ہے اور قرعی سُر (percussion note) کم ہوجاتا ہے۔ جب سیال اسقدر ہو کہ وہ صرف سینہ کی دو ثلث بلندی تک پہنچے، تو ترقوہ کے نیچے، اور اصمیت کے لیول سے اوپر قرعی سُر کی وہ خاص ترمیم سُنائی دے سکتی ہے، جس کا نام اسکوڈائی گمک (Skodaic resonance) ہے، جو شُش کے ارتخاء (relaxation) کی وجہ سے ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 123)۔ استماع کرنے پر اصم رقبے (dull area) پر اصواتِ تنفس، صوتی گمک، اور لمسی ارتعاش کی کمی یا غیر موجودگی پائی جاتی ہے۔ سیال کے بالائی لیول پر جہاں شُش ڈھیلا پڑجاتا ہے، شعبی تنفس (bronchial breathing) یا تعویضی تنفس (compensatory breathing) سنا جاسکتا ہے۔ ممکن ہے کہ شعبہ صوتی (bronchophony) یا بُزصوتی (ægophony) موجود ہو۔ مقابل جانب پر اصواتِ تنفس مبالغہ کے ساتھ ہوتے ہیں، لیکن وہ مثلثِ گروکو پر کم ہوجاتے ہیں۔ انتہائی اماکنوں میں جہاں شُش پچک کر ٹھوس ہوجاتا ہے، اصواتِ تنفس غائب ہونے کے بجائے بلند شعبی تنفس (loud bronchial breathing) موجود ہوسکتا ہے۔ جہاں احشاء کی غیر وضعیت (displacement) زیادہ ہو، وہاں ممکن ہے کہ تنفسی افعال کا اختلال بالآخر مہلک ثابت ہوجائے۔ مریض زیادہ تر

کبود (livid) ہو جاتا ہے، خرخرات (rhonchi) اور مخاطی لغطات (mucus râles) اُس شش میں سنائی دینے لگتے ہیں جو اب تک تندرست تھا، اور اختناق (asphyxia) طاری ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات ناگہانی غشیان (syncope) ہو جاتا ہے، جس کی معقول توجیہ یہ ہو سکتی ہے کہ قلب اور بڑے عروق پر دباؤ پڑتا ہے۔

نو عمر بچوں کی حالت میں قرع کرنے پر جو اصمیت ہوتی ہے وہ مطلق نہیں ہوتی، اور ممکن ہے کہ سارے اصم رقبہ پر شعبی تنفس سنائی دے، اور اس سے یہ گمان پیدا ہو جائے کہ شش ٹھوس ہے۔ ایسی حالت میں قلب کی غیر وضعیت (displacement) سے مدد مل سکتی ہے۔

نہایت شاذ اصابتوں میں قلب (یا شاید اورطی) کا نبضان (pulsation) ایک پلیورائی انصباب تک منتقل ہو جاتا ہے۔ یہ انتقال ایک صدمہ یا موج کے طور پر ایک بڑے مصلی اجتماع تک ہوتا ہے یا ایک نسبتہً زیادہ محدود المقام، شاید مرئی، نبضان کے طور پر ایک ایسے تقیح صدر تک جو دیوار سینہ کے آر پار منہ کر رہا ہو۔ اسے نابض ذات الجنب (pulsating pleurisy) یا نابض تقیح صدر (pulsating empyema) کہتے ہیں۔

بین لختی ذات الجنب (interlobar pleurisy) کے ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ درد، کھانسی اور دقتِ تنفس موجود ہوں، مگر کوئی ممیز امارت نہیں ہوتی۔ جب مایع جمع ہو کر ہا یا ہے اوس کی حد تک پہنچ جائے تو ممکن ہے کہ قرع کرنے سے سینہ کے وسطی منطقہ میں ایک اصم سُر (dull note) اور ساتھ ہی اس سے اوپر اور نیچے گمک ملے، اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ لغطات (râles) موجود ہوں۔ بین لختی ذات الجنب کی ایک کثیر الوقوع علامت نفث الدم (hæmoptysis) ہے (Dieulafoy)، اور اگر سیال ریمی ہے، جیسا کہ وہ اکثر ہوتا ہے، تو ممکن ہے کہ وہ ایک شعبہ کے اندر وا ہو جائے اور کھانسی کے ذریعہ خالی ہو کر خود اچھا ہو جائے، اگرچہ کبھی کبھی ایک صبوبی کہفہ (discharging cavity) مہینوں اور برسوں تک باقی رہتا ہے۔

ڈائفرامی ذات الجنب (diaphragmatic pleurisy) میں انصباب

تنش اور ڈائفرام کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ مقدار میں وہ عموماً وافر نہیں ہوتا۔ اس سے پہلے اکثر شدید درد ہوتا ہے، اور ساتھ ساتھ دسویں پسلی میں ڈائفرام کی انتہا کے مقام دبانے سے، یا گردن میں عصب ڈایا فرامی (phrenic nerve) کو باہر سے دبانے سے الیمیت (tenderness) محسوس ہوتی ہے۔ تاوقتیکہ یہ مرض خاص پلیورائی کہفہ میں نہ پہنچ جائے، اصمیت (dulness)، صوتِ فرکی، اور بزصوتی (ægophony) غیرموجود ہوتے ہیں، اور اسی طرح مایع کے کسی چھوٹے اجتماع کا، جو یہاں گویڑبند (encysted) ہو، بآسانی نظرانداز ہو جانا ممکن ہے۔

اسی طرح ممکن ہے کہ ایک واسطی ذات الجنب (mediastinal pleurisy) بھی بہت تھوڑے سے ممیز امارات ظاہر کرے، تاوقتیکہ اجتماع سیال اتنا کافی نہ ہو جائے کہ سینہ کے خط وسطی میں اہم ساختوں پر دباؤ پڑنے لگے۔ یہ امارات یہ ہیں :— بہر (dyspnœa)، ضیق (oppression) کے دورے، سوں سوں کی آواز (wheezing) اور صرفو (stridor) عسرالبلع (dysphagia)، نحاسی کھانسی (brassy cough)، بھرائی ہوئی آواز (hoarseness)، اور سطحِ سینہ پر کی اوردہ کا پھول جانا۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ ظہری فقرات (dorsal vertebræ) پر دبانے سے الیمیت پائی جائے، اور نزد فقری اصمیت (paravertebral dulness) اور کمزور اصواتِ تنفس، بزصوتی (ægophony) اور لغطات موجود ہوں۔ تامور کے اوپر ذات الجنب نام نہاد پلیورائی تامُوری فرک (pleuro-pericardial friction) پیدا کر دیتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 127)۔ واسطی تقیحات الصدر (mediastinal empyemas) شعبی انبوبات کی راہ سے خارج ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ تشخیص میں لاشعاعوں (X-rays) سے مدد ملے گی، جو یہ ظاہر کر دیں گی کہ تسدد پیدا کرنے والا تودہ نابض ہے یا نہیں۔

تشخیص۔ خشک ذات الجنب (dry pleurisy) میں درد کو سینہ کے دوسرے دردوں سے تمیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، جن میں سے عام ترین وجع الجنب (pleuro-dynia) یعنے ریشی التہاب (fibrositis) ہے۔ یہ حرکت سے زیادہ ہو جاتا ہے، لیکن اس کے ساتھ بخار یا رگڑ (rub) نہیں ہوتی۔ بین الاضلاع

وجع العصب (intercostal neuralgia) اُس مجاورت یا تعلق کی وجہ سے جو وہ اعصاب سے رکھتا ہے، اور وجع العصب کے امتیازی الیم نقاط کی وجہ سے شناخت ہوتا ہے ۔ گرد کبدی التہاب (perihepatitis) اور گرد طحالی التہاب (perisplenitis) ایسے درد پیدا کر سکتے ہیں جو سانس لینے پر بڑھ جاتے ہیں، کیونکہ یہ اعضا دورانِ شہیق میں ڈائفرام کے نزول سے مضغوط ہو جاتے ہیں ۔

درجۂ انصباب میں ہمیں اولاً اس پر غور کرنا پڑتا ہے کہ آیا کہفۂ پلیورائی کے اندر مایع موجود ہے یا نہیں، اور دوم اس پر کہ اس مایع کی نوعیت کیا ہے، آیا وہ مصل ہے یا ریم؟ حاد اصابتوں میں ذات الجنب اور ذات الریہ کے باہم خلط ملط ہو جانے کا نہایت امکان ہوتا ہے، کیونکہ ذات الریہ کے ابتدائی درجوں میں اصوات تنفس اکثر غیر موجود ہوتے ہیں ۔ عموماً ذات الجنب لمسی ارتعاش (tactile vibration) کی غیر موجودگی اور نسبتہً زیادہ مطلق قسم کی اصمیت (more absolute dulness) سے ممیز ہوتا ہے ۔ اور نسبتہً بڑے انصبابات قلب کو اس کی طبعی وضع سے ہٹا دیتے ہیں جو ایک فیصلہ کن علامت ہے ۔ پلیورائی انصباب میں لاشعاعوں سے ایک نہایت سیاہ عکس پیدا ہو جاتا ہے، جس کا بالائی مقعر حاشیہ ریڑھ سے دفعتہً اُٹھ کر بغل کی جانب جاتا ہے، اور ڈائفرام کا خط نہیں نظر آتا (ملاحظہ ہو صفحہ ، صفحہ 168)۔ شش، جو اوپر ہوتا ہے، تکثیف (condensation) کی وجہ سے ایک ہلکی سیاہی ظاہر کرتا ہے، اور گاہے ایک تحدیدی خط بھی پایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۸)۔

مزمن اصابتوں میں شش کی بافت کے بیشتر تجمدات (consolidations) سے سیال کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے، خواہ یہ تجمد اس کے جرم میں جماؤ ہونے کی وجہ سے ہو، خواہ اس کے پچکاؤ کے باعث ۔ اس قسم کی بعض اصابتیں حسب ذیل ہیں :۔ تدریجی تجمد یعنی شش (fibroid lung)، مرض قلب سے پیدا ہونیوالا تصلب (induration) شش کی بالید اور انضغاط جو کہ سامنے سے تاموری انصباب سے اور نیچے سے زیر ڈایافرامی پھوڑے (subphrenic abscess) اور جگر کی بالید یا کیسہ (hydatid) سے پیدا ہو سکتا ہے ۔ اصابتوں کے مشترک طبیعی امارات یہ ہیں :۔ اصمیت، اصوات تنفس کا انعدام، صوتی گمک اور لمسی ارتعاش کا انعدام (یعنے

یہ شعاع نگاشتیں پلیورائی انصباب ور انخلال ظاہر کرتی ہیں۔ الف ۲ مارچ ۱۹۳۴ء۔ یہ ملاحظہ
ہو کہ انصباب اور شش کے اتصال پر جو منحنی خط ہے وہ ٹھیک راس تک اور راس کے گرد چلا گیا
ہے، جس سے معلوم ہوتا ہے کہ بالائی حصہ میں سیال کی ایک نہایت ہی پتلی تہ موجود ہے۔
ب۔ ۱۲ اپریل ۱۹۳۴ء۔ (یہ شعاع نگاشتیں لنڈسے لاک نے مصنف کے ایک مریض سے

تمدد ریت شُش کی جملہ شہادتوں کی غیر موجودگی، محض اس وجہ سے کہ یہ بالیدیں یا مائعات کے اجتماعات شُش کو اسی طرح پچکا یا ہٹا دیتے ہیں جس طرح سے کہ ایک پلیورائی انصباب۔ قاعدۂ شُش پر اصمیت کا (جو غلطی سے اکثر پلیورائی انصباب سمجھ لیا جاتا ہے) ایک دوسرا سبب ایک شعبۂ کا تمدد ہے۔ لیکن اس حالت میں یہ اصمیت عموماً اس قدر مطلق نہیں ہوتی جتنی کہ یہ پلیورائی انصباب کی صورت میں ہوتی ہے۔ ڈائفرام کے نیچے کی بالیدوں، پھوڑوں یا دُوَیروں (cysts) کو پلیورائی انصباب سے تمیز کرنے میں لاشعاعی امتحان خاص منفعت رکھتا ہے، کیونکہ ڈائفرام اول الذکر کی بالائی سطح بناتا ہے، اور محدب ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وہ اٹھا ہوا اور تنفس کے ساتھ غیر متحرک ہو۔ پلیورائی انصباب کی بالائی سطح مقعر ہوتی ہے۔

تقیح الصدر میں مریض کی شکل وصورت اکثر پھیکی پڑجاتی ہے، بلکہ وہ عدیم الدم (anæmic) ہوجاتا ہے۔ تپش اکثر عادتی قسم (hectic type) کی ہوتی ہے، اور صبح ۹۸ یا ۹۹ درجہ سے لے کر شام کو ۱۰۲، ۱۰۳ یا ۱۰۴ ہوجاتی ہے، جس کے ساتھ قشعریرہ یا بکثرت پسینہ نکل سکتا ہے۔ لیکن اس وقت بھی جب کہ تپش بالکل درجۂ طبعی کی ہو ممکن ہے کہ سینہ پیپ سے بھرا ہوا ہو۔ تقیح الصدر میں سپید خلیوں کی نمایاں کثرت ہوتی ہے۔ ذات الجنب کے دوران میں دفعتہً ریمی نفث واقع ہوجانا اس امر کی ایک اہم دلالت ہے کہ ایک ایسا تقیح الصدر موجود ہے کہ جو ایک شعبۃ کے اندر پھوٹ گیا ہے اور طویل المدت اصابتوں میں انگلیاں موٹی پڑجاتی ہیں یا گرزشکل (clubbed) ہوجاتی ہیں۔ دیوارِ سینہ کا اُذیما مصلی انصبابات کے نسبت تقیح الصدر میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے، لیکن وہ ان دونوں حالتوں میں سے کسی ایک کی بھی ابتدائی امارت نہیں۔ تقیح الصدر کے اوپر والی دیوارِ سینہ دبانے سے الیم پائی جاسکتی ہے۔ نوعمر بچوں میں کھانسی، بُہر (dyspnœa)، قئے اور لاغری کا یکجا پایا جانا تقیح الصدر پر دلالت کرتا ہے۔

ذات الجنب کے علاوہ دوسرے اسباب، یعنی مقامی اور کلی استسقاء کے باعث بھی کہفۂ پلیورائی کے اندر سیّال موجود ہوسکتا ہے۔ طبیعی امارات مماثل ہوتے ہیں لیکن یہ حالت جسے استسقاءِ صدری (hydro-thorax) کہتے ہیں عموماً مرض قلب،

یا مرض برائٹ یا سینہ کے اندر کی بالیدگاؤ یا عروق پر پڑنے کے بعد واقع ہوتی ہے۔
اور ذات الجنب کے ساتھ جو تموی متلازمات ہوتے ہیں وہ اس میں موجود نہیں ہوتے۔
حاد اصابتوں کو چھوڑ کر دوسری تمام اصابتوں میں تشخیص کی لغزشیں اتنی کثیر التعداد ہیں
کہ ایک مناسب سوئی اور پچکاری کے ذریعہ جلد ہی استقصاء (exploration) کے ذریعہ
فیصلہ کرنا چاہیئے۔ اس میں ایک مزید فائدہ یہ ہے (جو صرف اسی سے حاصل ہو سکتا ہے)
کہ سیال کی نوعیت دریافت ہو جاتی ہے اور خرد بینی اور جرثومیاتی امتحان کے لئے
مادہ بھی حاصل ہو جاتا ہے۔ مجہول انصبابات (passive effusions) (استسقائے
صدری : hydrothorax) میں بڑے سرطلی خلیوں کی تعداد زیادہ ہوتی ہے، لیکن
لمف خلیے بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ ذات الجنب کی اقسام سار یہ میں جو نبقہ سبحیہ یا
نبقہ دریویہ کے سبب سے ہوں کثیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) اور
بڑے یک نواتی (large mononuclear) سپید خلیے زیادتی کے ساتھ پائے جاتے
ہیں۔ تدرنی ذات الجنب میں لمف خلیوں کا اکثر غلبہ رہتا ہے، لیکن کثیر الاشکال نواتی
خلیے بھی اکثر موجود رہتے ہیں۔ خون آلود انصباب کا عام ترین سبب تدرن ہے،
لیکن خون آلود انصباب بالید کے ساتھ بھی ہوتا ہے۔

اگر پلیورائی مصل سے عضویوں کی کاشت براہ راست نہیں کی جاسکتی، اور اگر
عصیّہ درنیہ کا حاصل ہونا ممکن نہ ہو تو مصل کا درنی الاصل ہونا ایک گینی پگ کی نطعیم
(inoculation) کر کے ثابت کیا جا سکتا ہے۔

جیسا کہ محدود المقام ذات الجنبوں کے علامات کے بیان میں اشارہ کیا جاچکا
ہے، ان کی تشخیص نہایت مشکل ہو سکتی ہے۔ واسطی ذات الجنب (mediastinal
pleurisy) کا واسطی سلعات (mediastinal growths) کے ساتھ خلط ملط ہو جانا
ممکن ہے، خواہ یہ خبیث سلعات ہوں یا لمفائی غدی (lymph-adenomatous)۔
لیکن اول الذکر کی سرگذشت مرض عموماً بہت تھوڑے عرصہ کی ہوتی ہے، اور حملۂ
مرض سریع ہوتا ہے۔ تمام اصابتوں میں لاشعاعوں سے مدد مل سکتی ہے۔

انذار۔ ذات الجنب بغیر انصباب کے ہو یا مصلی فائبرینی انصباب کے
ساتھ ہو اس کی بیشتر اصابتیں یا تو دوائی علاج سے، یا مایع خارج کر دینے کے بعد

شفایاب ہو جاتی ہیں، لیکن ممکن ہے کہ اُن کی سرگذشت مابعد اکثر ناموافق ہو۔ دو برس سے کم کے بچوں میں تقیح الصدر نہایت ہی مہلک ہوتا ہے۔ صرف ۲۵ فی صدی شفایاب ہوتے ہیں (40)۔ یہ اس وجہ سے ہے کہ اکثر وہ ایک عمومی نبقی ریوی سرایت کا ایک ہی مظہر ہوتا ہے، اور یہ سرایت ہم زماں طور پر ذات الریہ، التہاب تامور (pericarditis)، وغیرہ بھی پیدا کر دیتی ہے۔ نسبتہً بڑے بچوں میں تقیح الصدر عموماً ذات الریہ کے بعد ہوتا ہے اور دوسری کوئی پیچیدگیاں نہیں ہوتیں، اسی لئے انذار اچھا بلکہ بالغوں سے بہتر ہوتا ہے، اور پیپ جس قدر جلد خارج کر دی جائے وہ اسیقدر زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ یہ غالباً اس وجہ سے ہے کہ بچوں میں مریضوں کی غالب تعداد نبقی ریوی ہوتی ہے، درآنحالیکہ بالغوں میں زیادہ مریض نبقی سبحی ہوتے ہیں۔ اگر نبقی ریوی تقیح الصدر التہاب تامور (pericarditis) سے پیچیدہ ہو جائے، جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، تو انذار خراب ہوتا ہے۔ لیکن ایسی بعض اصابتیں شفایاب ہوئی ہیں۔

علاج۔ اگر ذات الجنب تدرنی ہو تو ریوی تدرن کے عنوان کے تحت بیان کردہ عام علاج کرنا چاہیئے۔

پسی ہوئی السی کی پلٹسوں (linseed meal poultices)، اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistin) یا تھرموجن وول (thermogen wool) کے لگانے، اور افیون یا مارفیا (morphia) کے داخلی استعمال، یا مارفیا کے تحت الجلدی استعمال سے درد میں تخفیف کی جا سکتی ہے۔ درد کے مقام پر چھالے ڈالنے (blisters)، جونکیں (leeches) لگانے یا محجمہ (cupping) استعمال کرنے سے بھی عموماً تسکین ہوتی ہے۔ ماؤف جانب کو اگر بند کشیدہ (strapped) کر دیا جائے تو اس ذریعہ سے تنفسی حرکات کی روک تھام ہو جاتی ہے، درد کم ہو جاتا ہے، اور غالباً التہابی فعل بھی کسی حد تک رک جاتا ہے۔ ایک نہایت ہی عمدہ متبادل طریقہ جس کو سر چارلٹن برسکو (Sir Charlton Briscoe) نے اختراع کیا ہے یہ ہے کہ ایک پیٹی[1] (belt) سینہ کے

---

[1] یہ پیٹی برائس اینڈ ایولین، وگمور سٹریٹ، ڈبلیو آئی (Brice and Evelyn. Wigmore Street, W I) سے مل سکتی ہے۔

گرد نہایت مضبوطی کے ساتھ باندھ دی جائے ۔ تندرست جانب پر پٹی میں ایک پیتل کی
کمانی داخل کر دی جاتی ہے تاکہ شہیق کے ساتھ پھیلاؤ ممکن ہو جائے ۔ بند کشیدگی
(strapping) چوڑی دھجیوں کی صورت میں کرنی چاہئے جو ریڑھ کی ہڈی سے 188
لے کر عظم القص تک لگی ہوئی ہوں، اس طرح پر کہ متبادل دھجیاں ترچھے رُخ میں
اوپر کے طرف اور ترچھے رُخ میں نیچے کے طرف جائیں، یہاں تک کہ ساری جانب
ڈھک جائے ۔ مریض کو بے حرکت رکھنا چاہئے ۔ اگر انصباب واقع ہو جائے تو
مُسکِّنات (anodynes) کی ضرورت کم ہو گی، اور ملحات (salines)، جیسے کہ
ایسیٹیٹ آف پوٹاسیئم (acetate of potassium) اور سائٹریٹ آف پوٹاسیئم
(citrate of potassium)، یا ایسیٹیٹ اور سائٹریٹ آف امونیئم (acetate
& citrate of ammonium)، دئے جا سکتے ہیں ۔ ان کا اثر یہ ہوتا ہے کہ جلد
اور گُردے کے اِخراجات (excretions) زیادہ ہو کر انصباب شدہ سیال کے
جذب میں ممد ہوتے ہیں ۔ کچھ عرصہ کے بعد آیوڈائڈ آف پوٹاسیئم اسقیل (squill)
یا دوسرے مُدِرّات (diuretics) ملائے جا سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ایسی ضدخراش
(counter-irritation) سے، جیسی کہ ٹنچر یا محلول آیوڈین ماؤف جانب کے
اوپر تصبیغ کرنے سے حاصل ہو سکتی ہے، جذب زیادہ ہو جائے ۔

تدریجی انصباب کی صورت میں آج کل عام ترین دستور العمل یہ ہے کہ
سیال کو صرف اُسی وقت خارج کیا جاتا ہے جب کہ وہ بہت زیادہ مقداروں میں
موجود ہو ۔ یقین کیا جاتا ہے کہ متوسط مقداریں شُش کو پچکا کر اور اس کی حرکت کو
کم کر کے حقیقۃً مفید ہوتی ہیں، اسی اصول کے مطابق کہ جس اصول کے مطابق
مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) مفید ہوتا ہے ۔ اگر قلب
دوسری جانب کو دھکیل دیا گیا ہے یا اگر سینہ کی ایک جانب کے بیشتر حصہ پر مطلق
اصمیت (absolute dulness) موجود ہے تو ایک میزل اور قنولچہ کے ذریعہ کچھ
سیال خارج کر دینا چاہئے ۔ بہترین قاعدہ یہ ہے کہ اُسے اُس وقت تک نکلنے دیا جائے
جب تک کہ اس کا دباؤ کرۂ ہوائی کے دباؤ سے نیچے نہ ہو جائے، یعنے جب تک کہ
وہ خود بخود قنولچہ کے باہر نکلنا موقوف نہ کر دے ۔ وقت بچانے کے لئے اکثر ایک

مصاص (aspirator) استعمال کیا جاتا ہے، یا مائع کو ایک بیفنی نل (syphonage) کے ذریعہ ایک خم پذیر انبوبے میں سے بہا کر ایک ظرف میں نکال لیا جاتا ہے جو کہ فرش پر پڑا ہوتا ہے۔ لیکن یاد رکھنا چاہئے کہ ایسے ذرائع سے مائع کو آسانی ایسی مقدار میں نکالا جا سکتا ہے جو مناسب سے زیادہ ہوتی ہے۔ ایک تازہ طریقہ یہ ہے کہ سیال کی جگہ ہوا داخل کر دی جائے۔ سشش کو پھیلانے میں سادہ تنفسی ورزشوں سے بڑی مدد حاصل کی جا سکتی ہے۔ مریض کو متواتر وقفوں سے گہری سانس لینی چاہئیں اور مزاحمت کے خلاف باہر کو پھونکنا بھی چاہئے۔

اگر سوئی سے استقصاء (exploration) کرنے پر ظاہر ہو کہ مائع ریمی ہے (تقیح الصدر)، تو جرّاح کو چاہئے کہ ایک مقامی یا عام معدم حس (local or general anesthetic) استعمال کر کے آزادانہ شگاف دے اور پسلی کا ایک ٹکڑا قطع کر کے پیپ کو باہر بہنے دے۔ دو سال سے کم عمر والے بچے پسلی کے جزوی استیصال (rib resection) کی برداشت اچھی طرح نہیں کر سکتے۔ ایک مبزل (trocar) کے ذریعہ ایک قنولچہ (cannula) داخل کیا جا سکتا ہے اور اسے جسم کے گرد فیتے لگا کر ٹھیک وضع میں باندھ دیا جا سکتا ہے۔ ایک ربر کی نلی جو قنولچہ میں ٹھیک بیٹھ جائے، تقیح الصدری کہفہ کے اندر داخل کی جاتی ہے اور اس کے مشمولات کو ایک دبیز دیواروں والی صراحی (flask) کے اندر خالی کر لیا جاتا ہے، اور ایک متقطاری پمپ (filter-pump) یا کسی دوسری ترکیب کے ذریعہ مستقل امتصاص (suction) قایم رکھا جاتا ہے (41)۔ طویل المدت مغفول تقیح الصدری اصابتوں میں باوجود آزادانہ مسیلیت (free drainage) کے کہفہ سے پیپ کا افراز جاری رہتا ہے اور زخم بند نہیں ہوتا۔ اگر یہ زیادہ عرصہ تک ہوتا رہا تو چربشی مرض (lardaceous disease) کا اندیشہ ہونا چاہئے۔ ایسی حالت میں تین طریقہ ہائے عمل ممکن ہیں:— (۱) کہفہ کو یوسال (eusol) کے ذریعہ دھو کر صاف کیا جائے، یہاں تک کہ اس کے مشمولات جرثومیاتی طریقہ سے امتحان کرنے پر عملاً عقیم (sterile) ملیں۔ کیاریل کا مسلسل مسیلیت کا طریقہ (Carrel's method of continuous drainage) کام میں لایا جا سکتا ہے۔ پھر زخم کو بند

ہونے دیا جائے، تاکہ مریض ایک مستقلاً عقیم استرواح الصدر (sterile pneumothorax) حاصل کرلے۔ معمولی حاد تقیح الصدر میں کہفہ کو تہ دھونا ہی بہتر ہے، کیونکہ پلیورائی معکوسی غشیان (pleural reflex syncope) کے باعث اموات کا اندراج ہوا ہے۔ یہ ہلاکت غالباً عصب تائیہ کے امتناع (vagal inhibition) کے باعث ہوتی ہے، جو ملتہب پلیورا کی خراش کی وجہ سے واقع ہوجاتا ہے۔ مزمن اصابتوں میں بہ ظاہر یہ خطرہ نہیں موجود ہوتا۔ (۲) ایک خاصہ وسیع جراحی عملیہ انجام دیا جائے جس میں پسلیوں کی اتنی کافی تعداد کا جزوی استیصال (resection) عمل میں لایا جائے کہ جس سے ہاتھ سینہ کے اندر داخل ہوسکے۔ دبیز حشائی پلیورا (visceral pleura) چھیل لیا جاتا ہے (تقشیر= decortication)، اور پھیپھڑا بہ سرعت پھیل کر کہفہ کو پُر کردیتا ہے۔ (۳) ترقیع الصدر (thoracoplasty) کا عملیہ (ملاحظہ ہو صفحہ 175)۔

یہ مسئلہ اکثر پیش آتا ہے کہ آیا حاد پلیورائی انصباب کی اُن اصابتوں میں جو نبقہ سبحیہ کے باعث ہوں، جراحی عملیہ کرنا چاہیے، مثلاً اس وقت جب کہ سیال کسی قدر گندلا ہو اور خرد بینی امتحان کرنے پر اُس میں کثیر التعداد کثیر الاشکال نواتی خلیے (polymorphonuclear cells) موجود پائے جائیں۔ اِس کا جواب یہ ہے کہ جزوی استیصال ضلعی (rib resection) محض اُسی وقت عمل میں لانا چاہیے جب کہ حقیقی ریم موجود ہو، لیکن گندلا سیال اگر مقدار کثیر میں موجود ہو تو اُسے بذریعہ امتصاص (aspiration) خارج کیا جاسکتا ہے۔ کیمپ لی، وا (Camp Lee, Va.) کے مقام پر امریکی مشاہدات سے اس طریقۂ عمل کا فائدہ اُن تقیحات الصدر میں معلوم ہوگیا جو خون پاش (hæmolytic) نبقہ سبحیہ کی وجہ سے ہوئے تھے۔ ابتدائی اصابتوں میں ذات الجنب کے ساتھ اکثر ذات الریہ موجود ہوتا ہے۔ مزید برآں اگر جزوی استیصال ضلعی کا عملیہ زیادہ ابتدائی درجہ میں عمل میں لایا جائے تو ممکن ہے کہ زخم سرایت زدہ ہوکر عفونۃ الدم (septicæmia) پیدا کردے۔ انصباب، گو وہ گندلا بھی ہو، اکثر بلا عملیہ کے صاف ہوجاتا ہے۔ اِس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ دو یا تین ہفتوں میں پیپ نمایاب ہوجائے۔ ایسی حالت میں جزوی استیصال ضلعی (rib resection) عمل میں لانا چاہیے۔ تقیح الصدر کے جراحی

189

علاج کے دوران میں مریض کو ہر طریقہ سے عمدہ غذا، خوشگوار ہوا، اور مقوی ادویہ مثلاً کونین (quinine) اور لوہے سے سہارا دینا چاہیے۔

استسقاء الصدر

(HYDSOTHORAX)

اس اصطلاح کا اطلاق کہفۂ پلیورا کے اندر سیال کے اس اجتماع پر کیا جاتا ہے، جو التہاب کا نتیجہ نہ ہو بلکہ مرض قلب یا مرض برائٹ یا کہبت جگر (cirrhosis of the liver) کا نتیجہ ہو یا سینہ میں بالیدگی وجہ سے دوران خون میں مداخلت واقع ہونے سے پیدا ہو جائے۔ یہ فی الحقیقت کہفۂ پلیورا کا استسقاء ہے، اور اس سیال میں اس سے کم البیومین اور کم فائبرینوجن (fibrinogen) موجود ہوتا ہے کہ جتنا ذات الجنب میں ہوتا ہے۔ اس کے طبیعی امارات پلیورائی انصباب کے طبیعی امارات سے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن رگڑ (rub) بلاشبہ غیر موجود ہوتی ہے چونکہ جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، یہ ایک عمومی یا مرکزی سبب سے پیدا ہوتا ہے، یہ ذات الجنب کے نسبت بہت زیادہ مرتبہ دوجانبی پایا جاتا ہے۔ لیکن کبھی کبھی ایک بہت بڑا یک جانبی انصباب بھی محض استسقا (dropsy) ہو سکتا ہے۔ استسقاء الصدر کی شناخت کا انحصار عام طور پر سرگذشت مرض (history) اور اس کو پیدا کرنے والے امراض کی سابقہ موجودگی پر ہوتا ہے۔ جب یہ سیال نکال لیا جائے تو اسکے اندر موجود رہنے والے خلوی عناصر کی نوعیت تشخیص میں ممد ہو سکتی ہے، جیسا کہ ذات الجنب کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ اگر ایسیٹک ایسڈ (acetic acid) التہابی انصباب میں ملایا جائے تو ایک سپید گندلاپن (white turbidity) پیدا ہو جاتا ہے۔ ایک انصباب مجہول (passive effusion) کے ساتھ ایسا نہیں واقع ہوتا۔

اس کا علاج بیشتر ثانوی اہمیت رکھتا ہے، کیونکہ یہ اس کے پیدا کنندہ مرض کے علاج پر مشتمل ہے۔ چونکہ اگر سیال کو خارج کیا جائے تو اس کا پھر واقع ہو جانا تقریباً یقینی ہے، لہٰذا بزل (paracentesis) یا امتصاص (aspiration) صرف

اُسی وقت عمل میں لانا چاہئے جب کہ ایک بہت بڑا انصباب' (جو خواہ صرف ایک ہی جانب پر ہو یا دونوں جانبوں پر منقسم ہو) تنفس میں خطرناک طور پر رکاوٹ پیدا کر رہا ہو۔

صدر دمویت

(HÆMOTHORAX)

اِس اصطلاح سے مُراد خون کا وہ انصباب ہے جو بڑی مقدار میں کہفۂ پلیورا کے اندر ہو۔ اِس کا استعمال محض ان خون آلود مصلی انصبابات کے لئے نہیں کیا جاتا جو ذات الجنب میں اس قدر عام ہیں۔ صدر دمویت عموماً زخموں' تضررات یا صدری اَنورِسما (thoracic aneurysm) کے انشقاق سے پیدا ہو جاتی ہے۔ زخموں کی حالت میں زندگی کو سب سے بڑا خطرہ باہر سے خون کے سرایت زدہ ہو جانے سے ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ تدرن پلیورا میں واقع ہوتا ہے' یا ایک سِل ریوی کے کہفہ (phthisical cavity) کے اندر ایک ریوی عرق کے انشقاق اور ازاں بعد پلیورا کے اندر خون کی دِعا بدری (extravasation) سے واقع ہوجاتا ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں یہ ایک نفاخی آبلہ (emphysematous bulla) کے پھٹ جانے سے (Newton Pitt)' یا کبیت جگر' ذراتی گردے (granular kidney)' یا توسع قلب (dilated heart) کے ساتھ پائے جانے والے انحطاط یافتہ عروق سے' یا خبیث مرض (malignant disease) سے واقع ہوجاتا ہے۔ اور بعض اوقات یہ اوّلی (primary) معلوم ہوتا ہے' اور اِس کے مبداء کی توجیہ کبھی نہیں ہوتی۔

طبیعی امارات کہفۂ پلیورائی کے اندر مایع کی موجودگی کے ہوتے ہیں۔ زخموں کے بعد پیدا ہوجانے والی صدر دمویت میں اُسی جانب کا ڈائفرام طبت اور بے حرکت ہوتا ہے۔ کشش بہت بچکا ہوا ہوتا ہے' اور سیال سے اوپر بہت ڈھیلا ہوتا ہے' جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اسکوڈائی گمک (Skodaic resonance) خاص طور پر نمایاں ہوتی ہے۔

تشخیص کا انحصار اور سماکی حالت میں ماسبق سرگذشت پر اور اُس غشیان (syncope) اور شحوب (pallor) پر ہوتا ہے، جو خون کے سریع الوقوع ضیاع پر دلالت کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ صدر دمویت صرف استقصار (exploration) کرنے پر پائی جائے۔

علاج ۔ اگر مایع کو بذریعہ امتصاص (aspiration) خارج کیا جائے تو اُسکے دوبارہ پیدا ہو جانے کا بہت امکان ہوتا ہے ۔ اور غالباً بہتر یہی ہے کہ اگر خون زیادت دباؤ پیدا کر کے تکلیف کا باعث نہ ہو تو اُسے جذب ہونے کے لئے علی حالہ چھوڑ دیا جائے۔ زخموں کی حالت میں ایک متوسط صدر دمویت کو زخم لگنے کے ایک ہفتہ کے بعد امتصاص کے ذریعہ خارج کیا جاسکتا ہے، اور بجائے اُس کے آکسیجن داخل کر دینا اکثر فائدہ مند ہوتا ہے ۔ عفونی صدر دمویت کے لئے آزادانہ مبایت (free drainage) کی ضرورت ہوتی ہے ۔

کیلوس صدری

(CHYLOTHORAX)

شاذ اصابتوں میں کہفۂ پلیورائی کے اندر کا انصباب سپید اور دودھ جیسا ہوتا ہے، اُن سیالات کے مانند جو بعض اوقات کہفۂ باریطونی میں موجود ہوتے ہیں ۔ بعض اصابتوں میں یہ حقیقی کیلوس صدری ہوتی ہے، اور بعض میں ایک کیلوس نما انصباب (chyliform effusion)، جس میں لبنی منظر کیلوس (chyle) کے شحمی عناصر کی وجہ سے نہیں بلکہ لیسیتھین (lecithin) کے ایک مرکب کے ذرات کے باعث ہوتا ہے (ملاحظہ ہو استسقائے شکلی کیلوسی = Chylous Ascites)۔ اس کے اسباب وہی ہیں جو باریطون کی حالت میں ہوتے ہیں۔ سینہ میں قناۃ صدری (thoracic duct) کو تضرر پہنچ جانے سے کیلوسی صدر دمویت (chylo-hæmothorax) کی اصابتوں کا اندراج ہوا ہے۔

190

استرواح الصدر

(PNEUMOTHORAX)

امراضیات۔ کہفہ پلیورا کے اندر ہوا کی موجودگی **استرواح الصدر** کہلاتی ہے۔ اگر اس کے ساتھ مصل بھی موجود ہو تو یہ **آبی استرواح الصدر** (hydro-pneumothorax) کہلاتی ہے۔ اگر ہوا کے ساتھ پیپ بھی ہو تو ریمی **استرواح الصدر** (pyo-pneumothorax) کہلاتی ہے اگر ہوا کے ساتھ خون ہو تو **دموی استرواح الصدر** (hæmo-pneumothorax) کہلاتی ہے۔

کہفہ پلیورائی کے اندر ہوا حسب ذیل طریقوں سے داخل ہو سکتی ہے:۔ (**الف**) دیوار سینہ کے اندر کے کسی سوراخ کی راہ سے (**ب**) سطح شش کے کسی تفرق کی راہ سے یا (**ج**) کبھی کبھی قرب و جوار کے کسی ایسے حشاء کے انشقاق سے جو ہوا پر مشتمل ہو۔ (الف) استرواح الصدر پہلو کے ہر ایسے زخم سے پیدا ہو سکتا ہے جو دیوار سینہ کی ساری دبازت میں ہو کر گذرتا ہو۔ مصنوعی طور پر یہ اس وقت پیدا ہو جاتا ہے جب کہ تقیح الصدر کے لئے پسلی کا جزوی استیصال کیا جاتا ہے (ریمی استرواح الصدر = pyo-pneumothorax) یا جب سل ریوی کا علاج مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) پیدا کر کے کیا جاتا ہے۔ (ب) جب ایک مکسور پسلی پلیورا کی دونوں تہوں کو اس طرح مثقوب کر دیتی ہے کہ ہوا شش سے کہفہ پلیورا کے اندر داخل ہو جاتی ہے تو بھی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے درآں حالیکہ جلد سالم رہتی ہے۔ سطح شش کے انشقاق سے خود بخود واقع ہو جانے والے استرواح الصدر کی دس اصابتوں میں سے نو ایسی تھیں جو سل ریوی کے باعث پیدا ہوئیں جب کہ ایک کہفہ (vomica) عمل تقرح کے ذریعہ کہفہ پلیورائی میں کھل گیا تھا اور نسبتہً کم عام طور پر ایک تقیح الصدر پلیورا کے اندر سے نکل کر شش میں پہنچ جاتا اور ہوا پلیورائی تاچہ میں داخل ہو کر ایک ریمی استرواح الصدر پیدا کر دیتی ہے۔ ذات الریہ میں پلیورا کا مشقوق ہونا معلوم ہوا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوا

باہر نکل کر ایک استرواح الصدر بن گیا ہے۔ اور ششش کا تقیح الدمی خراج (pyæmic abscess) یا اُس کی گنگرین ایک مماثل نتیجہ پیدا کر سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ ایک نفاخی آبلہ (bulla) پھوٹ جائے۔ بارہا ایک بالکل تندرست شخص میں انشقاق ششش ہے، جو غالباً کسی قسم کے یکایک زور لگانے کا نتیجہ ہو، استرواح الصدر (نیوموتھوریکس) خود بخود واقع ہوجاتا ہے۔ (ج) شوکہ کا یا واسط کا پھوڑا (spinal or mediastinal abscess) پلیورا کے اندر نقب لگا دے تو نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ پلیورا کے اندر ہوا بھی داخل ہو جائے۔ اسی طرح معدے کا قرحہ یا سرطان، یا مری کا سرطان، غذائی قنال سے ہوا کو داخل کر سکتا ہے۔

استرواح الصدر کو اُس کے پیدا کنندہ فتحہ کی حالت کے لحاظ سے مفتوح (open)، مسدود (closed) یا مصراعی (valvular) کہہ سکتے ہیں۔

مفتوح استرواح الصدر (open pneumothorax)۔ جب کسی بیرونی زخم سے ہوا سینہ کے اندر داخل ہو جاتی ہے اور زخم مفتوح رہ جاتا ہے تو ششش خود اپنی لچک کی وجہ سے پچک جاتا ہے۔ اور نہ صرف زخمی شدہ جانب کا ششش، بلکہ ممکن ہے کہ مقابل کا ششش بھی کسی قدر منقبض ہو کر اپنے ساتھ واسط کو کھینچ لے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ احشا کی کسیقدر جانبی غیر وضعیت (lateral displacement) واقع ہو جاتی ہے، ٹھیک اسی طرح جس طرح کہ سیال انصباب کی صورت میں ہوتا ہے۔ جب سل ریوی کے کہفہ کا انشقاق اس طرح واقع ہو کہ روزن غیر مسدود رہے اور تا چہ پلیورائی شعبی انبوبات سے مرتبط رہے، تو ایسی صورت میں بھی استرواح الصدر واقع ہو جانے سے غیر وضعیت واقع ہوتی ہے۔ ان دونوں حالتوں میں استرواح الصدر میں ہوا کا اوسط دباؤ کرۂ ہوائی کے دباؤ کے برابر ہوتا ہے۔

مسدود استرواح الصدر (closed pneumothorax)۔ جب روزن چھوٹا ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ لمف سے بسرعت مسدود ہو جائے۔ ایسا ہونے سے مزید وعابدری رُک جاتی ہے اور ممکن ہے کہ ہوا تمامتر جذب ہو جائے یکسودہڈی سے پلیورا کی دریدگی (laceration) ہو جانے کی مثالوں میں اور

بعض اوقات مرضِ شُش کی وجہ سے واقع ہونے والے استرواح الصدر میں یہی صورت پیش آتی ہے۔ مسدود استرواح الصدر میں محبوس ہوا کا بتدریج ترقی پذیر جذب واقع ہوتا ہے۔ دباؤ منفی ہوتا ہے، اور احشاء کی غیر وضعیت (جبکہ دیگر امور مساوی ہوں) اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی مفتوح استرواح الصدر میں ہوتی ہے۔

مصراعی استرواح الصدر (valvular pneumothorax)۔

ایک تیسرا امکان یہ ہے کہ پلیورائی جھلّی یا ملف کی ایک ونجی روزن پر لٹکتی رہتی، اور اس طرح ایک مصراع (valve) بنا دیتی ہے۔ ایسی صورت میں شہیق (inspiration) کے ذریعہ سے ہوا تاجوفِ پلیورائی کے اندر کھینچ آتی ہے لیکن دورانِ زفیر (expiration) میں باہر نہیں جا سکتی۔ اوسط دباؤ مثبت ہو جاتا ہے، یعنے کرۂ ہوائی کے دباؤ کے نسبت زیادہ بڑھ جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ احشاء کی غیر وضعیت (displacement) اور سینہ کا انتفاخ (distension) انتہائی درجہ کا ہو جائے۔ اس طرح سے ممکن ہے کہ قلب مقابل کی جانب کو بہت دور تک دھکیل دیا جائے، اور ڈائفرام کے تسطح (flattening) اور انعکاس (inversion) کے باعث جگر یا طحال بھی نیچے ہٹ جائے۔ ممکن ہے کہ دوسرے روزنوں کی طرح مصراعی روزن بھی انضمامات (adhesions) سے مسدود ہو جائے۔

191

ہبوطِ شُش اور احشاء کی غیر وضعیت کی مقدار مختلف اصابتوں میں شُش کی سابقہ حالت سے اثر پذیر ہوتی ہے۔ اگر شُش سلِ ریوی میں وسیع طور پر مرضی ہو، یا بیشتر حصے میں منضم (adherent) ہو، تو ہبوط بہ نسبت اس وقت کے جب کہ وہ بیشتر حصے میں تندرست ہو، کم ہوگا۔

طبیعی امارات۔ گمک (resonance) کا انحصار ایک کہفہ کی موجودگی پر اور ایسی لچکدار دیواروں کی موجودگی پر ہے جو ہوا کی موجوں کے ساتھ ہم آہنگ ہو کر مرتعش ہونے کی قابلیت رکھتی ہوں (ملاحظہ ہو صفحہ 122)۔ دیواروں کی لچک زیادہ تر کہفہ کے اندر کی ہوا کے دباؤ پر منحصر ہے۔ اگر دباؤ بہت بلند ہو، جیسے کہ مصراعی استرواح الصدر (valvular pneumothorax) میں، تو قرع اصم ہوتا ہے۔ نیز وہ اس وقت بھی اصم ہو سکتا ہے جب کہ داخلی دباؤ کرۂ ہوائی کے

دباؤ کے برابر ہو، جیسا کہ تفتیح الصدر کے لئے جزوی استیصال ضلعی کرنے کے بعد ہوتا ہے۔ سازگار فشاری حالات میں، خواہ یہ منتشار کرۂ ہوا کے نسبت زیادہ یا کم ہو، قرع کرنے پر ایک تلتلی سُر حاصل ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ حرونحاسی (bruit d' airain) یا صوت جرسی (bell sound) بھی ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں صفحات 123، 127)، اور نہایت سازگار حالات میں ایک دھاتی جھنکار (metallic tinkling) ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 126)۔ یہ امر کہ حرونحاسی (bruit d' airain) کا انحصار کہفہ کی دیواروں کی لچک پر ہوتا ہے، اور خود لچک مشمولہ ہوا کے دباؤ پر منحصر ہوتی ہے، طالب علم حسب ذیل طریقہ سے معلوم کر سکتا ہے:۔ وہ اپنا منہ بند کرکے اپنے گال پھلاتا ہے، اور گال پر ایک سکہ رکھکر اسے دوسرے سکہ سے ٹھوکتا ہے۔ اگر منہ کے اندر کی محبوس ہوا پر گالوں سے صحیح طور پر دباؤ ڈالا جائے تو ایک موسیقی آواز پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک دوسری ممیز آواز پیدا ہونے کی وجہ یہ ہے کہ سیال سینہ کے بالائی حصہ سے سینہ کے حصۂ زیریں تک مائع کے اندر ٹپکتا ہے۔ یہ آواز تقریباً موسیقی صفت کے ساتھ گونج اٹھتی ہے۔ تنفسی خرخر (respiratory murmur) اکثر بالکل غیر مسموع رہتا ہے، یا خفیف قدری تنفس (amphoric breathing) موجود ہوتا ہے۔ قدری تنفس شُشّ کے ہبوط کے باعث ہو سکتا ہے یا اُس روزن کے باعث جو ایک شعبہ سے کھل کر استرواح الصدر کے اندر جاتا ہے۔ لیکن ایک خفیف تر آواز کا وقوع اُس وقت بھی ممکن ہے جب کہ انضمامات نے شُشّ کو کہفۂ پلیورائی کی طرف سے مسدود کر دیا ہو۔ صوتی گمک (vocal resonance) اور لمسی ارتعاش (tactile vibration) عموماً بہت کم ہو جاتے ہیں، لیکن شعبہ صوتی (bronchophony) یا صدر کلامی (pectoriloquy) اُس وقت موجود ہو سکتی ہے جب کہ قدری تنفس موجود ہو۔

اگر ساتھ ہی مائع انصباب بھی موجود ہو تو وہ تمام حالات میں سینہ کے اسفل ترین حصے میں بذریعہ تجاذب جمع ہو جاتا ہے۔ اگر مریض لیٹا ہوا ہو تو سینہ کا پچھلا حصہ اصم (dull)، اور اگلا حصہ تلتلی (tympanitic) ہو جاتا ہے۔ اب اگر مریض اُٹھ کر بیٹھ جائے تو سینہ کا اسفل حصہ آگے اور پیچھے اصم ہو جاتا ہے،

اور بالائی حصہ، آگے اور پیچھے، گمک دار ہوتا ہے۔ اگر ہزۂ بقراط (Hippocratic succussion) کا استعمال کیا جائے تو چھلکنے کی آواز (splashing sound) حاصل ہوگی (ملاحظہ ہو صفحہ 126)۔

استرواح الصدر کے **علامات** نہایت تغیر پذیر ہوتے ہیں، اور اُن کا انحصار ماتحت مرض کی مقدار پر ہوتا ہے۔ اگر استرواح الصدر ایک ایسے شخص پر طاری ہو جائے جو وسیع طور پر مرضی ہے، تو ممکن ہے کہ وہ اس تکلیف میں جو کہ پہلے ہی موجود ہے نہایت خفیف سا اضافہ کرے۔ اگر وہ ایسے شخص میں واقع ہو جو بیشتر یا تمام تر تندرست ہو، تو علامات بہت نمایاں ہوں گے، اور بالآخر، اگر سل ریوی کی ایک ایسی اصابت میں جس میں ایک جانب پر وسیع مرض موجود ہے، دوسری جانب پر استرواح الصدر واقع ہو جائے تو ممکن ہے کہ نتیجہ بہ سرعت مہلک ہو جائے۔ علامات شدید اصابتوں میں یہ ہوتے ہیں :۔ ناگہانی درد، اور اس کے ساتھ یہ احساس کہ گویا اندر کے طرف کوئی چیز ٹوٹ گئی ہے، پھر دقتِ تنفس، کم و بیش ہبوط، نبض صغیر، کبودی اور سینہ کا آنا۔ سانس تیز ہو جاتی ہے۔ ماؤف جانب پر سینہ پھولا ہوا ہوتا ہے اور بین الاضلاع فضائیں ہمیق پر پست ہو جاتی ہیں۔

ممکن ہے کہ یہ تکالیف بڑھتی رہیں حتیٰ کہ چند گھنٹوں یا دو تین دنوں میں موت واقع ہو جائے، یا ابتدائی شدید علامات میں تخفیف ہو کر اس کے بعد [illegible] معلوم ہو، لیکن عموماً ساتھ تیز سانس اور انتصابی تنفس (orthopnœa) موجود رہتا ہے۔

تشخیص۔ گمک دار آواز اور اس کے ساتھ قلت اصوات [illegible] شعبی تنفس، تشخیص کے طرف اشارہ کرتے ہیں، لیکن لاشعاعوں سے یہ غلطیاں [illegible] عام طور پر ہوتی ہیں۔ لاشعاعیں شفافیت (جو کہ پلیورائی کے اندر ہوا [illegible] وجہ سے ہوتی ہے)، پچکا ہوا شش، اسی جانب کو نیچے ہٹا ہوا [illegible] جگہ سے ہٹا ہوا قلب ظاہر کرتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۔ ب، صفحہ 174)۔ [illegible] میں سیال کی موجودگی اس وقت نہایت ممیز لاشعاعی منظر پیدا کرتی ہے [illegible] مریض کا امتحان انتصابی وضع میں کیا جائے، کیونکہ سیال غیر شفاف [illegible]

الف - آبی استسقاء الصدر کہ جس میں سیال کا لیول دکھایا گیا ہے۔

ب - ڈائفرامی فتق اور پورے معدہ کا اوپر کھنچ آنا۔ (یہ شعاع نگاشتیں
مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہیں)

بالمقابل صفحہ 192

اور اُس کی بالائی سطح ایک اُفقی خط ہوتی ہے، لیکن اُس کے اوپر ہوا کی وجہ سے شفافیت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۹ الف) مزید برآں جسم کو جھکانے پر بھی سیال کی سطح بدستور اُفقی رہتی ہے۔ ڈائفرامی فتق (diaphragmatic hernia) یعنے ڈائفرام کے روزن کی راہ سے معدہ یا قولون کا صدر کے اندر نکل جانا اپنے طبیعی امارات میں استرواح الصدر سے قریبی مشابہت رکھتا ہے، اور مماثل طریقہ سے یعنی سینہ کی کوفتگی (contusion) کے باعث پیدا ہو سکتا ہے۔ بائیں شش کے انقباض کی وجہ سے سینہ میں معدہ کی غیر معمولی طور پر بلند وضع قیام ہونا، اور ڈائفرام کے نیچے ایسا خراج ہونا جس میں ہوا ہو (زیر ڈایافرامی استرواح الصدر=subphrenic pneumothorax) (صفحہ ۳۲ الف صفحہ 407) ۔ یہ بھی استرواح الصدر سے مشابہت رکھتے ہیں ۔

انذار ۔ سل ریوی میں استرواح الصدر کا خود بخود وقوع فی الجملہ ایک اچھا واقعہ ہے، اور اُس کے بعد مریضوں کی حالت میں اصلاح نظر آتی ہے (ملاحظہ ہو مصنوعی استرواح الصدر= artificial pneumothorax) دوسری صورتوں میں انذار مناسب معالجہ کے ساتھ فی الجملہ اچھا ہوتا ہے، اگرچہ اُس کا انحصار ان حالات پر ہوتا ہے جو کہ ساتھ پائے جاتے ہیں۔

علاج ۔ یہ بیشتر تخفیفی (palliative) ہوتا ہے۔ فتق کے ساتھ جو شدید درد اور تکلیف ہوتی ہے اُس کے ازالہ کے لئے افیون کا استعمال یا مارفیا (½ تا ¼ گرین) کا تحت الجلدی اشراب کرنا چاہئے، اور گرم پولٹیس اور تکمیدات (fomentations) کا بار بار استعمال کرنا چاہئے۔ مہیجات جیسے کہ شراب انگوری (wine)، برانڈی یا ایتھر کی ضرورت بھی لاحق ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ انتہائی انتفاخ کی حالتوں میں بزل (paracentesis) عمل میں لانا پسندیدہ ہو، جس کے لئے کُھلی رقبہ پر پسلیوں کے درمیان ایک مبزل (trocar) اور قنولچہ (cannula) داخل کر کے ہوا کو باہر نکلنے دیا جاتا ہے یہاں تک کہ دباؤ کرۂ ہوائی کے دباؤ کے برابر پہنچ جاتا ہے ۔ اِس سے جو آرام حاصل ہوتا ہے وہ عموماً محض عارضی ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ بزل مکرر کرنا پڑے ۔ اس کے متبادل طریقہ یہ ہے کہ ایک مصراعی استرواح الصدر میں

سپرنگل (Sprengel) کا تقطیری پمپ (filter pump) استعمال کرکے ایک مستقل منفی دباؤ قائم رکھا جاسکتا ہے (63)۔ اگر ششش کے ساتھ ارتباط کا یہ راستہ مسدود ہوجائے تو ہوا غالباً جذب ہوجائے گی۔ لیکن اُس کے جذب میں سہولت پیدا کرنے کی غرض سے اسکی جگہ آکسیجن داخل کی جاسکتی ہے۔ ایک سادہ تر طریقہ یہ ہے کہ ایک خیمہ (tent) میں آکسیجن کی مقدار فی صدی بلند رکھی جائے۔ ایسا کرنے سے نائٹروجن منتشر ہوکر نکل جاتی ہے (diffuses out) اور استرواح الصدر سرعت کے ساتھ غائب ہوجاتا ہے۔ آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) میں سیّال کو ویسے ہی چھوڑ دیا جاسکتا ہے، یا اگر وہ زیادہ مقداروں میں موجود ہوتو اسے بذریعہ بزل خارج کیا جاسکتا ہے۔ لیکن پھر اِس صورت میں بھی اُس کے بجائے آکسیجن داخل کردینی چاہیئے۔ اگر ریمی استرواح الصدر (pyopneumothorax) سُمّی علامات (یعنے تپش، تیز نبض وغیرہ) پیدا کررہا ہوتو اُس کا علاج ایک تقیح الصدر کے علاج کی طرح جزوی استیصال ضلعی (rib resection) سے اور سیلیت کے قیام (drainage) سے کرنا چاہیئے۔ لیکن جب یہ صورت نہ ہوتو اس سیّال کے ساتھ وہی سلوک کرنا چاہیئے جو مصل کے لئے کیا جاتا ہے۔

ڈائفرامی فتق

(DIAPHRAGMATIC HERNIA)

اس نادر الوقوع حالت کا تذکرہ یہاں اس لئے کیا جاتا ہے کہ بروز کردہ حشا مشمولات صدر میں لازماً ترمیم پیدا کردیتا ہے، اور ایسے طبیعی امارات پیدا ہوجاتے ہیں جو استرواح الصدر کے امارات سے قریبی مشابہت رکھ سکتے ہیں۔ ڈائفرامی فتق یہ ہے کہ مشمولات شکم میں سے ایک یا زائد، عموماً معدے کا، یا ثرب (omentum) کا، یا قولون کا ایک حصہ ڈائفرام کے ایک روزن کی راہ سے اوپر کو صدر میں چلا جاتا ہے۔ یہ روزن بیشتر تو تضرر کا نتیجہ ہوتا ہے، جیسے کہ سینہ کا یکایک زور کے ساتھ مضغوط ہوجانا، یا یہ ایک پیدائشی نقص ہوتا ہے، یا یہ ایک

قدرتی سوراخ کے بڑا ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ ضرر بائیں جانب پر نسبتہً زیادہ کثیرالوقوع ہوتا ہے اور معدہ عام طور پر وہ حشا ہے جو صدر کے اندر چلا جاتا ہے۔ اور اس عمل کے اثنا میں اوپر کو کھنچ جاتا ہے (صفحہ ۹ ب)۔

علامات۔ جب ڈائفرام تضرر سے مشقوق ہو جاتا ہے تو ابتدائی علامات، جیسے کہ درد، بہر اور ہبوط (collapse) کچھ تو راست اثرات کے باعث ہوتے ہیں، اور کچھ مشمولات صدر کے دفعۃً درہم برہم ہونے اور اسی جانب کا کشش پچک جانے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ ذات الجنب اور التہاب باریطون بھی نمودار ہو سکتے ہیں، مع ان علامات کے جو ان کے ساتھ متلازم ہیں۔ لیکن بہت سی اصابتوں میں چوٹ کا اوّلی اثر رفع ہو جاتا ہے، اور علامات کچھ تو ریوی ہوتے ہیں اور کچھ معدی یا معدی معوی۔ ریوی علامت بالخصوص سانس کا پھول جانا ہے، لیکن یہ حیرت انگیز ہے کہ بعض اصابتوں میں سینہ کے طرف بہت کم اختلال محسوس ہوتا ہے۔ شکم کے طرف عموماً سوء ہضم، درد، ریحیت، اور شاید قئے مشاہدہ میں آتی ہے۔ یہ علامات دَورے کے ساتھ واقع ہو سکتے ہیں، اور ان کی وجہ یہ ہے کہ اس غیر طبعی مقام پر احشاء کا انتفاخ یا تشنج ہو جاتا ہے۔ ایک تازہ اصابت میں جب کہ معدہ کسی وجہ سے ڈائفرام کے آر پار اوپر کے طرف کشش کو پچکار رہا تھا دوری وقفوں پر شدید علامات دیکھے گئے۔

193

طبیعی امارات جو سینہ میں دیکھے جاتے ہیں یہ ہیں:۔ حصۂ زیریں میں جہاں بروزکردہ حشاء واقع ہے، بیش گمک (hyper-resonance)، اور ساتھ ہی اصوات تنفس کا فقدان؛ غرغر کی آوازیں (gurgling sounds) جو ہزہ (succussion) کرنے پر یا خود بخود سنائی دیتی ہیں، فلزی آواز بازگشت (metallic echo) اور حرو نحاسی (bruit d' arain)۔ اگر حشائی انتقال زیادہ ہے تو قلب اپنی جگہ سے ہٹا ہوا ہو سکتا ہے۔

زیرو ڈائفرامی استرواح الصدر (subphrenic pneumothorax) بھی کسیقدر مماثل طبیعی امارات پیش کر سکتا ہے۔ وہ دائیں جانب پر زیادہ عام ہوتا ہے اور اس سے جگر نیچے کو شکم کے اندر دھکیل دیا جاتا ہے۔ اس کا امکان نہیں کہ

اُس سے پیدا ہونے والی بیش گمگ (hyper-resonance) سینہ میں اتنی بلند واقع ہو جتنی کہ دوسری دو صورتوں میں سے کسی میں واقع ہوتی ہے، اور غالباً سرگذشتِ مرض مُمِدِّ تشخیص ہوگی (ملاحظہ ہو صفحہ ۴۲ الف جو صفحہ 407 کے مقابل ہے)۔

تشخیص۔ ڈائفرامی فتق کی تشخیص کسی یقین کے ساتھ صرف لاشعاعی امتحان سے کی جا سکتی ہے، جو ایک غیر شفاف کھانے (opaque meal) کے بعد کرنا چاہیے (ملاحظہ ہو صفحہ ۰، ب)۔

علاج۔ بعض مریضوں کو ابتدائی تکالیف رفع ہو جانے کے بعد کوئی تشویشناک بے آرامی نہیں محسوس ہوتی۔ جراحی علاج یہ ہے کہ سینہ کو کھول کر اور پسلیوں کے اجزا کا استیصال کر کے حشاؤ کو شکم کے اندر واپس کر دیں اور ڈائفرام کو سی دیں۔

التہابِ واسط

(MEDIASTINITIS)

التہاب واسط تقیحی ہو سکتا ہے یا غیر تقیحی۔ اول الذکر یعنے واسطی خُراج (mediastinal abscess) متعدد اسباب سے پیدا ہو جاتا ہے، جن میں سب سے زیادہ کثیر الوقوع یہ ہیں:۔ گولی کے تعفنات، وخز (stab) یا ضرب (blow)، اور غدد لمفائیہ کا تدرن۔ لیکن کبھی کبھی واسطی خراج، ذات الریہ، ذات الجنب، سرخبادہ یا تپ محرقہ کے بعد واقع ہو جاتا ہے۔ یہ خراج اگلے یا پچھلے واسط میں ہو سکتا ہے، لیکن زیادہ تر اول الذکر میں ہوتا ہے۔ خاص علامات قصّی درد (sternal pain) اور تپ ہیں۔ طبیعی امارات صرف اُسی وقت ظاہر ہوں گے جب کہ خراج کافی جسامت کو پہنچ جائے۔ ایسی حالت میں اصمیت (dulness)، مقامی الیمیت، عظم قص پر اذیما، اور بالآخر اُس ہڈی کے کنارے پر تموج (fluctuation) موجود ہو سکتا ہے۔ حتی الامکان پیپ کو جلد خارج کر دینا چاہیے، اور اگر ضرورت ہو تو

عظم القص کو ترفان سے کاٹ دینا (trephining) یا اس کا جزوی استیصال (resection) کر دینا چاہئے۔

ضربیت (traumatism) اور عمومی امراض ساریہ سے انضمامی (adhesive) یا غیر تقیحی التہاب واسط پیدا ہو سکتا ہے۔ لیکن اس کے عام ترین متلازمات (associations) ذات الجنب اور رثیتی التہاب تامور (rheumatic pericarditis) ہیں۔ بالخصوص آخر الذکر جو ایسی صورت میں لیفی التہاب واسط (mediastinitis fibrosa) پیدا کر دیتے ہیں۔ اس کا ذکر انضمامی تامور (adherent pericardium) کے عنوان کے تحت کیا گیا ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

1 M Brown and C G. Imrie — 1932 *Quart. Journ. Med.*, N. S., i., p. 319.

2 Ff Roberts . 1922 *Journ. Physiol*, 56, p. 101.

3 Sir W. Hale-White . 1924 *Lancet*, i., p. 263.

7 Campbell, Hunt and Poulton . 1923 *Journ. Path. & Bact.*, 26, p. 234.

8 P. H.-S. Hartley & I. J Davies — 1923 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1052.

9 J. F. Gaskell — 1927 *Lancet*, ii., p. 951.

10 C. McNeil & A R. MacGregor — 1927 *Brit. Med. Journ.*, ii, p 582.

11 C. Wall & J C. Hoyle — 1933 *Brit. Med. Journ.* i., p. 597

12 W Burton Wood 1930 *Lancet,* i., p. 1339.

13 S. Van Leeuwen 1922 *Neurotherapie, No.* 6.

14 H. W. Barber & G. H. Oriel 1928 *Lancet,* ii., pp. 1009, 1064.

15 S. Van Leeuwen 1924 *Klin. Woch.,* 3, p. 520.

16 A. Francis . 1917 *Parctitioner,* August

17 S. Van Leeuwen 1923 *Klin. Woch., 2, No.* 27.

18 J. Freeman .. 1920 *Lancet,* ii., p. 229.

19 S. Van Leeuwen & Varekamp .. 1921 *Lancet,* ii., p. 1366.

20 A. G. Auld 1921 *Lancet,* i., p. 698.

21 S. Gilbert Scott .. 1926 *Brit. Med. Journ.,* i., p. 939.

22 S. Van Leeuwen 1927 *Brit. Med. Journ.,* ii., p. 344.

23 McCrae (Lumleian Lectures on Fore-ign Bodies in the Bronchi) 1924 *Lancet,* i., pp. 735, 787, 838.

24 Review on Respira-tory Diseases . 1920 *Med. Sci.,* i., p. 462.

25 A. Abrahams . 1920 *Lancet,* ii., p. 543.

26 Zadek 1921 *Med. Sci.,* 5, p. 103.

27 Review on Pneu-monia 1921 *Med. Sci.,* 5, p. 110.

28 W. Smith 1924 *Lancet,* i., p. 257.

29 S. L. Cummins 1924 *Brit. Med. Journ.,* i., p. 186.

30 B. Alcock, M. Doug-las, & H. C. Lucey 1925 *Lancet,* i., p. 1332.

31 Sir C. Allbut & Varrier-Jones . 1922 *Lancet,* i., p. 105.

32 B. Hudson and Leonard Hill 1924 *Lancet*, i., p. 1147.

33 Weill & Dufont 1922 *Journ. de radiol. et d'electrol.* 6, p. 1.

34 W. C. Bosanquet 1928 *Lancet*, i., p. 24.

35 R. C. Wingfield 1924 *Lancet*. ii., p. 354.

36 Gravesen 1923 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 506.

37 H. Morriston Davies 1926 *Brit. Med. Journ.* i., p. 315.

38 C. Lillingston 1923 *Lancet*, i., p. 96.

39 W. A. Lister 1927 *Lancet*, i., p. 112.

40 H. C. Cameron & A. A. Osman 1923 *Lancet*, i., p. 1097.

41 F. J. Poynton & Reynolds 1921 *Lancet*, ii., p. 1100.

42 W. S. Miller 1923 *Journ. Exp. Med.*, 38, p. 707.

43 W. S. Miller 1913 *Journ. Morphol.*, 24, p. 459.

44 S. C. Simpson 1929 *Quart. Journ. Med.*, 22, p. 413.

45 G. H. Oriel . 1929 *Guy's Hosp. Reps.*, 79, p. 376.

46 G. H. Oriel 1929 *Personal Communication.*

47 R. S. Bruce Pearson 1933 *Guy's Hosp. Reps.* 83, p. 86.

48 F. A. Knott & J. W. Thornton . 1933 *Guy's Hosp. Reps.* 83, p. 63.

49	Argyll Campbell & E. P. Poulton	1935	"Oxygen and Carbon Dioxide Therapy." *Oxford Med. Pub* 1935.
50	W. E. Gye & E. H. Kettle	1922	*Lancet*, ii., p. 855.
51	S. L. Cummins & A. F. Sladden	1934	*Brit. Med. Journ.* i., p. 554.
52	L. G. Irvine	1932	*Brit. Med. Journ.*, i., p. 693.
53	P. d'Arcy Hart	1932	*Med. Res. Counc. Spec. Rep. Ser.* 164.
54	P. d'Arcy Hart	1932	*Quart. Journ. Med.*, N.S., i., p. 49.
55	A. Loewy	1934	*Arch. Med. Hydrol*, p. 261.
56	G. Maurer	1930	*Lancet*, ii., p. 72.
57	F. G. Chandler	1930	*Lancet*, ii., p. 74.
58	A. J. S. Pinchin & H. V. Morlock	1933	*Lancet*, i., p. 1114.
59	H. C. Cameron	1932	*Guy's Hosp. Reps.* 82, p. 290.
60	A. Tudor Edwards	1932	*Brit. Med. Journ.*, i., p. 827.
61	W. Brockbank	1932	*Quart. Journ. Med.*, N S., i., p. 31.
62	Ff. Roberts	1933	*Brit. Med. Journ.*, i., p. 142.
63	E. R. Boland	1934	*Lancet*, i., p. 231.
64	Chevalier Jackson	1930	*Proc. Roy. Soc. Med.*, 24, p. 1.
65	R. V. Christie	1936	*Oral Communication.*

ناک گلے اور کان کے امراض

(طبّی نقطۂ نظر سے)

ناک

زکام

(coryza)

یہ مرض، جو عام طور پر " زکام " ("cold in the head") کے نام سے مشہور ہے، ناک کی مخاطی جھلّی کا نازلتی التہاب (catarrhal inflammation) ہے (حاد التہاب الانف)، جو اکثر بلعوم (pharynx) کو (نازلتی خراشِ حلق = catarrhal sore throat)، نیز ملتحماتِ چشم (conjunctivæ)، جیبی اور دیگر اجواف، اور یوسٹیکی انبوبات (Eustachian tubes) کو ماؤف کر دیتا ہے، اور ممکن ہے کہ حنجرہ (larynx)، قصبۃ الریہ (trachea) اور شعبات (bronchi) میں پھیل جائے۔ اوّلی طور پر یہ ایک سرایت ہے، جو کہ اس ریقی رشاش (spray of saliva) کا استنشاق کرنے سے پھیلتی ہے، جو کہ ایک سرایت زدہ شخص کے کھانسنے، چھینکنے، یا بولنے کی اثنا میں باہر نکلتا ہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ ایک سابقہ حملہ سے حاصل شدہ امنیت (immunity) کے زمانہ کے اختتام کے بعد مریض خود کو مکرر سرایت پہنچا دیں۔ معمولی زکام (common cold) کا سبب ایک دقیق "مقطّر رگذار نبقہ نما ("filter-passing" coccoid) جسم ہے، جس کا قطر ۲ء۰ تا ۳ء۰ مائکرون (micron) ہوتا ہے، اور جو منفرداً یا جوڑوں اور گروہوں میں مرتب ہوتا ہے، اور التہاب رہ والنخاع (poliomyelitis) کے قشب (virus) سے مشابہ ہوتا ہے (۱)۔ اگر طبعی ناک اور گلے کا جرثومیاتی امتحان کیا جائے تو

بظاہر زندہ جراثیم کے منطقے پائے جاتے ہیں۔ نبقہ عنبیہ ابیض (Staphylococcus albus) اگلے منخروں میں موجود ہوتا ہے۔ عصیہ عفونی (Bacillus septus) جو کہ ایک ڈفتھیریا نما (diphtheroid) ہے، ناک کی پشت میں نشوونما پاتا ہے۔ خرد نبقہ نازلتی (Micrococcus catarrhalis) انفی بلغم میں اور نبقہ سبحیہ لخضر (Streptococcus viridans) لوزتین میں غالب نظر آتا ہے۔ جب زکام شروع ہوتا ہے تو نبقہ سبحیہ الخضر عام طور پر سب سے پہلا عضویہ ہوتا ہے جو کہ شدومد کے ساتھ نشوونما پاتا ہے، بالخصوص اسکی زیادہ خون پاش نسلیں، اور زیادہ طبعی باشندوں کی بہ نسبت یہ زیادہ نشوونما پانے کا رجحان رکھتا ہے۔ کچھ دیر بعد کی کاشت ایک یا زیادہ ثانوی حملہ آوروں کی فعالیت ظاہر کرتی ہے، مثلاً عصیہ فریڈلینڈر (Freidlander's bacillus)، نبقہ ریویہ قسم چہارم، اور نبقہ عنبیہ ذہبیہ (Staphylococcus aureus) کی، اور ان میں سے کوئی بھی جوفوں میں مقامی طور پر پایا جاسکتا ہے، بشرطیکہ ان میں مقامی تقیح موجود ہو۔ اسی طرح وبا کے لحاظ سے ایک قسم کا عضویہ غالب نظر آتا ہے، اور بعض وباؤں میں فیفر کے عصیہ انفلوئنزی (Pfeiffer's Bacillus influenzæ) کے سوا باقی سب عصیے غائب ہوتے ہیں۔ سب سے بڑا مُعِد سبب انفی غشاء مخاطی کا ورم اور امتلاء ہے۔ عموماً یہ ایک تر کرۂ ہوائی سے جس کے ساتھ ہی تغیر پذیر لیکن فی الجملہ سرد درجۂ تپش ہو، پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی آخر الذکر واقعہ کی وجہ سے "سردی لگ جانے" (catching cold) کا محاورہ پیدا ہو گیا ہے۔ وبائیں بھی ایسے ہی حالات کے تحت واقع ہوتی ہیں۔ علاوہ ازیں ممکن ہے کہ دروں خانہ حالات اس کا سبب ہو جائیں۔ لوگ اکثر ایسے گرم اور حبس دار (stuffy) کمروں میں بیٹھتے ہیں جہاں کی ہوا رکی ہوئی ہوتی ہے، لیکن ہوا کے جھونکوں (draughts) سے جن کا فرش ٹھنڈا ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سر گرم اور پاؤں ٹھنڈے ہو جاتے ہیں۔ فعلیاتی نقطۂ نظر سے سر کو اور انفی غشائے مخاطی کو ٹھنڈا اور متحرک ہوا میں ہونا چاہیئے اور پاؤں کو گرم ہونا چاہیئے (L. Hill)۔

علامات۔ ممکن ہے کہ سب سے پہلے علامات میں سے ایک یہ علامت ہو کہ چھینکوں کا حملہ ہو یا حلق میں کچھ پن یا خراش کا احساس اور نگلنے میں درد ہو۔ لیکن ممکن ہے کہ ان سے پہلے ناسازی کا احساس ہو، اور ساتھ ہی سردی معلوم ہو اور دردِ سر اور عدمِ اشتہا موجود ہو۔ چھینکوں کے بعد جلد ہی ناک سے ایک صاف مخاط کا اخراج ہونے لگتا ہے، اور

غشائے مخاطی کے ورم کی موجودگی سے اور حس شامہ کے زائل ہو جانے کی وجہ سے ناک میں بند ہونے کا (stuffiness) احساس ہوتا ہے۔ نرم تالو، لہاۃ (uvula)، بلعوم اور لوزتین بہ نسبت اسکے کہ جتنے قدرتی حالت میں ہوتے ہیں، زیادہ سرخ ہو جاتے ہیں۔ زیادہ شدید اصابتوں (تقرحی خراش حلق۔ ulcerated sore throat) میں لوزتین، تالو اور بلعوم پر سطحی خراشیدگیاں (abrasions) ہو جاتی ہیں، زبان فروار (furred) ہوتی ہے، اور نمایاں جبلی اختلال (constitutional disturbance) ہوتا ہے۔ ساتھ ہی آنکھیں سرخ اور مبتل (suffused) ہوتی ہیں اور ان سے پانی آزادانہ طور پر بہتا ہے، جبھی جوف (frontal sinus) کی ماؤفیت کے باعث ابرو پر درد ہوتا ہے، اور یوسٹیکی انبوبہ کے بند ہو جانے سے بہراپن ہو سکتا ہے۔ اسکے ساتھ ہی کسی قدر حموی تعامل (febrile reaction) بھی موجود ہوتا ہے۔ اگر یہ نازلہ (catarrh) حنجرہ تک پہنچ جائے تو آواز بیٹھ جاتی ہے اور متواتر خراش آور کھانسی (irritating cough) ہوتی ہے۔ اگر نازلہ اور آگے پھیپھڑوں تک پہنچ جائے تو ایسے علامات پیدا ہو جائیں گے جو کہ دوسری جگہ شعبی التہاب (bronchitis) کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ اکثر دو ایک روز کے بعد اس حاد درجہ میں تخفیف ہو جاتی ہے اور کلی صحت ہو جاتی ہے۔ اسکے برعکس ممکن ہے کہ نزلہ کا بہنا جاری رہے اور وہ مخاط کے ساتھ پیپ کی موجودگی کے باعث گاڑھا اور زیادہ غیر شفاف ہو جائے۔ اس طرح وہ دو تین دن سے لیکر دو یا تین ہفتوں کے تغیر پذیر عرصہ تک جاری رہ سکتا ہے۔ اس عرصہ کے دوران میں اس امر کا امکان ہے کہ مریض پر التہاب کے تازہ اشتدادات (exacerbations) طاری ہو جائیں۔

زکام (coryza) کی مثالی تصویر ایسی ہوتی ہے۔ لیکن دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ سرایت حاد التہاب حنجرہ (acute laryngitis) یا شعبی التہاب (bronchitis) کی طرح شروع ہو کر بالآخر اوپر کی طرف پھیل کر حلق اور ناک میں پہنچ جائے۔ سریریاتی نقشہ مختلف اشخاص میں مختلف ہوتا ہے۔ لیکن فرد واحد میں سرایت کا قم خاصہ یکساں ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ مثلاً اگر ایک شخص میں زکام ہمیشہ التہاب بلعوم (pharyngitis) کی شکل میں شروع ہوتا ہے، تو دوسرے کسی شخص میں بطور التہاب حنجرہ (laryngitis) کے ہوتا ہے، اور تیسرے میں شعبی التہاب (bronchitis) کی طرح، اور علیٰ ہذا القیاس۔ اس طرح لوگوں میں

ایسی مکرر سرایتوں میں مبتلا ہونے کا جو کہ بیشتر تنفسی خطہ کے ایک مخصوص حصے کو ماؤف کرتی ہیں انتہائی رجحان ہوتا ہے۔ ان لوگوں میں کہ جن کے لوزتین نکال دیئے گئے ہوں، زکام ایک التہاب بلعوم یا التہاب حنجرہ کے طور پر شروع ہونے کا زیادہ رجحان رکھتا ہے۔ کچھ عرصے کے بعد ممکن ہے کہ صحت یابی میں زیادہ اور زیادہ تاخیر ہو کر ایک مزمن سرایت پیدا ہو جائے، جو بلحاظ اس امر کے کہ پہلے کونسا حصہ ماؤف ہوا ہے، مزمن انفی نازلت (chronic nasal catarrh) مزمن نازلتی التہاب حنجرہ (chronic catarrhal laryngitis) مزمن شعبی التہاب (chronic bronchitis) وغیرہ کی صورت اختیار کر سکتی ہے۔

یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ حاد التہاب الانف بعض ساری امراض مثلاً انفلوئنزا، کھسرا، ڈفتھیریا، خلقی آتشک (congenital syphilis) سراجہ (glanders) وغیرہ میں ایک نوعی ضرر (specific lesion) کی حیثیت سے واقع ہوتا ہے۔

تحرز (prevention)۔ اہم تدابیر یہ ہیں کہ طرز زندگی صحی ہو، جس کے ساتھ وافر بیرون خانہ ورزش کی جائے، اور قوی اشخاص روزانہ سرد غسل کریں، نیز حبس والے (stuffy) کمروں سے، اور خاصکر سرایت زدہ اشخاص سے احتراز رکھا جائے۔ ذاتی تجربہ سے ثابت ہوا ہے کہ مزمن انفی نازلت (chronic nasal catarrh) کے لئے ڈبلیو گلیگ (W. Glegg) کا تجویز کردہ علاج بہترین منفعت رکھتا ہے۔ اس وقت جبکہ مریض چت لیٹا ہوا ہو ایک یا دو ٹی سپون فل (teaspoonful) پیرافینم مولی (paraffinum molle) اور پیرافینم لکویڈم (paraffinum liquidum) کا آمیزہ (ایک حصہ میں ۲ یا ۴ حصے) ایک نالچہ کے ذریعہ کہ جس کے ساتھ ربڑ کا گیند لگا ہوا ہو، باری باری سے مریض کے ہر نتھنے میں ڈالا جاتا ہے۔ جب یہ آمیزہ حلق میں محسوس ہو تو نگلا جا سکتا ہے، یا اگر یہ آنتوں میں ملین اثر پیدا کرتا ہو تو اسے لفث کے ذریعہ تھوکا جا سکتا ہے۔ یہ علاج دن میں ایک یا دو بار عمل میں لانا چاہیئے یا اگر زکام کا خدشہ ہو رہا ہو تو زیادہ بار۔ یہ آمیزہ ایک پچکنی (collapsable) نلی میں بھی حاصل کیا جا سکتا ہے اور اس میں $\frac{1}{4}$ گرین منتھال (menthol) ملایا جا سکتا ہے، یا اس کو روزیٹال (rosettol) کے ذریعہ خوشبو دار بنایا جا سکتا ہے۔

بہت سی اصابتوں میں انفی یا شعبی نازلت اُن جدریات (vaccines) کے ذریعہ، جو تنفسی راستوں میں وباؤں میں موجود رہنے والے عصیوں (bacilli) اور نبقوں (cocci) سے

تیار کئے ہوئے ہوں، روکی جا سکتی ہے۔ خود زاد جدریات (autogenous vaccines) جو خود مریض کے بساق (sputum) میں کے عضویات کی کاشتوں سے، یا اصلی ناک اور حلق کی پشت سے لی ہوئی عقیم پھریریوں (sterile swabs) کے ذریعہ سے تیار کئے ہوتے ہیں، استعمال کئے جا سکتے ہیں یا مخزونی جدریات (stock vaccines) میں لگائے جا سکتے ہیں۔ جدریات کے تیار کرنے میں یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ مادہ حاصل کرنے کے بعد اصلی کاشت اور حضانت فی الفور عمل میں لانی چاہئے۔ بادی النظر میں یہ امر تعجب خیز معلوم ہوتا ہے کہ جب سرایت ایک مقطار گذار عضویہ کے باعث ہوتی ہے تو جراثیم سے تیار کئے ہوئے جدریات کیوں مفید ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ تنفسی عضویہ کے فعل کرنے کا یہی طریقہ ہو کہ ثانوی حملہ آور اس کے ساتھ ہم باش (symbiotic) ہو جائیں، جیسا کہ خنزیری انفلوئنزا (hog influenza) میں ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں ثانوی حملہ آور کا ضد عمل کرنا کافی ہے۔

علاج۔ ذاتی تجربہ سے ظاہر ہوا ہے کہ تحلیک کا علاج انفی زکام (nasal coryza) کو دبا سکتا ہے، اور آخری درجوں میں جبکہ افراز مخاطی بھی ہو جاتا ہے اور مواد بار بار خارج ہوتا ہے، بساا وقات اس کے ذریعہ بہت فائدہ ہو جاتا ہے۔ لیکن اس سرایت پر جو کہ حنجرہ یا قصبہ تک پھیل چکی ہو اس کا کچھ اثر نہ ہوگا۔ اگر کھانسی تکلیف دہ ہو تو نبیذ عرق الذہب (ipecacuanha wine) کے چند قطرے، اسپرٹس آف نائٹرس ایتھر (spirits of nitrous ether) کے ساتھ، یا مرکب صبغیہ کافور (compound tincture of camphor) کے ساتھ دینے سے آرام معلوم ہوگا۔ یا ایک مناسب شمامہ (inhaler) کے اندر ابلتے ہوئے پانی میں یوکالپٹس آئل (eucalyptus oil) کے پانچ یا چھ قطرے رکھ کر اس کی بھاپ کا استنشاق کیا جائے۔

197

مزمن التہاب الانف

(chronic rhinitis)

یہ دو شکلوں میں دیکھا جاتا ہے۔ ایک میں، جو مزمن بیش پرورشی التہاب الانف (chronic hypertrophic rhinitis) کے نام سے موسوم ہے، ناک کی اور زیرین مفتول زائدوں (lower turbinated processes) کی غشاء مخاطی بہت دبیز ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ دبازت بلعموم میں پہنچ جائے اور تحتانی مفتول اجسام کے

تیچھلے سروں کو ماؤف کردے۔ یہ کم از کم بیشتر اصابتوں میں بجائے ایک التہابی ورم ہونے کے عرق حرکی (vasomotor) ورم ہوتا ہے۔ یہ جوفی مرض (sinus disease) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ تنفس میں بہت رکاوٹ ہوتی ہے اور وہ بالخصوص دہن کے راستہ سے واقع ہوتا ہے۔ اور شامہ کی حس کم ہو جاتی ہے۔

مزمن ذبولی التہاب الانف (chronic atrophic rhinitis) جس میں مخاطی جھلی مذبول ہو جاتی ہے، اس بدبودار قیحی اخراج کے اسباب میں سے ایک سبب ہے جسے اوزینا (ozœna) کہتے ہیں۔ اس میں مخاطی جھلی پتلی ہو جاتی ہے، اور اس کی سطح پر پیپڑیاں (crusts) جمع ہو جاتی ہیں۔ شامہ کی حس زائل ہو جاتی ہے۔

حساسیتی التہاب الانف (allergic rhinitis)۔ یہ وہ حالت ہے کہ جس میں ناک میں سے ایک پانی کا سا مواد خارج ہوتا ہے، جو کہ بعض اوقات بہت وافر ہوتا ہے اور جس کے ساتھ مریض کو دورے کے ساتھ چھینکیں آنے لگتی ہیں، بالخصوص بیدار ہونے پر۔ غشاء مخاطی شاحب اور اسفنجی ہوتی ہے۔ کیلشیم لیکٹیٹ (calcium lactate) گرین ۱۵ دن میں دو مرتبہ کھانے سے پہلے دینا بہت سی اصابتوں میں مؤثر علاج ہے۔

علاج۔ بیش پرورشی قسم (hypertrophic form) کے لئے دافع عفونت محلولات کے رشاشات (sprays) یا نطولات (douches) استعمال کرنے چاہئیں، جن میں کاربولک ایسڈ، بورک ایسڈ، بورکس (borax) شامل ہوں۔ اور اگر بہت دبازت موجود ہو تو وہ گیلوانی مکواۃ (galvano-cautery) کے استعمال سے کم کی جا سکتی ہے۔ حاد التہاب الانف کے تحت بیان کیا ہوا گلیگ (Glegg) کا علاج بھی مفید ہو سکتا ہے۔ مریض کے صحی ماحول (hygienic surroundings) پر بھی توجہ کرنا ضروری ہے۔ ذبولی قسم (atrophic form) کا علاج بھی نہایت مماثل لیکن نسبتۃً کم امید افزا ہوتا ہے۔ پیپڑیوں کو نکالکر دافعات عفونت، بلاواسطہ یا نطول (douche) یا مرشہ (spray) کے ذریعہ سے لگانے چاہئیں۔ مقویات (tonics)، جیسے لوہا، سنکھیا، یا کاڈ مچھلی کا تیل مفید ہوتے ہیں۔

التہاب الاجواف

(sinusitis)

ناک کے اندر نزد انفی اجواف (paranasal sinuses) کھلتے ہیں۔ فکی مغارات (maxillary antra)، جبہی اجواف، اور مصفاتی خلیات کا اگلا گروہ، اگلے اجواف میں شامل ہیں۔ پچھلے مصفاتی خلیات اور وتدی جوف پچھلے گروہ میں شامل ہیں۔

یہ اجواف، حاد انفی سرایتوں مثلاً زکام، سے متاثر ہو سکتے ہیں، اور ان کے فتحات، غشاء مخاطی کے متورم ہو جانے سے، مکمل طور پر یا جزوی طور پر مسدود ہو سکتے ہیں۔ اس سے جو احتباس پیدا ہوتا ہے وہ درد کا موجب ہوتا ہے، جو کہ متاثرہ جوف کے لحاظ سے مختلف مقامات پر پایا جاتا ہے۔ بسا اوقات درد کے ساتھ تپش کا معتدبہ ارتفاع ۱۰۲ ف تک ہو جاتا ہے۔

حاد التہاب الاجواف کا علاج مخصوص نصابی کتب میں پایا جائیگا، لیکن عام طور پر اسکی نوعیت یہ ہوتی ہے کہ غشاء مخاطی میں سکیڑ (shrinkage) پیدا کرنے کے لئے اس پر کوکین (cocaine) اور ایڈرینالین لگائی جاتی ہے۔

مزمن التہاب الاجواف۔ نزد انفی اجواف کی مزمن سرایتوں کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ناک میں سے مواد خارج ہونے لگتا ہے، یا زیادہ کثرت کے ساتھ مواد پیچھے کی طرف چلا جاتا اور ایک پس انفی (post-nasal) مواد خارج ہونے لگتا ہے۔

جوفوں میں ریم کی موجودگی اتنے مقامی علامات نہیں بلکہ سمی علامات پیدا کر دیتی ہے۔ پس انفی مواد کو ممکن ہے نگل لیا جائے اور اس طرح یہ سوء ہضم کا سبب ہو۔ یا ممکن ہے یہ تنفسی خطہ کو سرایت زدہ کر دے اور اس طرح التہاب شعبی بلکہ تمدد الشعب کے متوالی حملے واقع ہوں۔ مزید براں، یہ مواد بلعوم کی لمف آسا بافت کو سرایت زدہ کر دیتا اور اس طرح گلے کی خراش کا باعث ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں غلطی سے لوزتین کو قصور وار سمجھ لیا جاتا ہے۔

تشخیص۔ ناک اور انفی بلعوم کا ریم یا مخاطی ریم کے لئے امتحان کر کے کیجاتی ہے۔ یا جمجمہ کا لاشعاعی امتحان کر کے کی جاتی ہے جبکہ متاثرہ جوف میں غمیمیت نظر آتی ہے۔

علاج۔قلوی انفی غسولات کے ذریعہ علاج کرنے سے افاقہ تو ہوجاتا ہے لیکن زیادہ کثرت سے جوف کی سیلیت کی ضرورت ہوتی ہے۔اس کے تفصیلات کے لئے مخصوص نصابی کتب ملاحظہ کرنی چاہئیں۔

رُعاف (نکسیر)

(epistaxis)

رعاف یا ناک سے خون بہنے کا انحصار مقامی یا عمومی حالات پر ہوسکتا ہے۔اول الذکر میں سے یہ ہیں:۔ ناک پر چوٹ لگنا، ناک کو نوچتے رہنا، ناک سنکنا۔زیادہ کثرت سے ادمار خود بخود شروع ہوجاتا ہے۔تقریباً ہمیشہ یہ انفی فاصل کے اگلے حصہ سے یا ناک کے فرش سے آتے ہوئے پایا جاتا ہے۔دیگر مقامی اسباب یہ ہیں، ناک میں ڈفتھیریا، خبیث بالیدیں اور متعدد غیر عروقی اتساعات (telangiectasis)۔درمیانی عمر میں وہ نسبتاً کم عام ہوتا ہے لیکن

198

شکل ۱۰۔کوپر روز کی تھیلی۔

پھر زیادہ عمر والے اشخاص میں جن کے عروق میں انحطاط شروع ہوگیا ہو کثیرالوقوع ہوتا ہے۔ چنانچہ وہ ایتھیروما (atheroma) سے تعلق رکھتا ہے۔نیز خون کے دباؤ کی زیادتی (high blood pressure)، برائٹ (Bright) کے مرض، جگر کی کہبت (cirrhosis)، قلبی مصراعی مرض (cardiac valvular disease) امراض خون [جیسے کہ مختلف قسموں کی علاوہ دمویتیں

اور سفید دموتیں)' پرپیور (purpura) اسکروی (scury)] اور بعض ساری امراض (جیسے کہ تپ محرقہ اور حمیات ناکس) اور کبھی کبھی انفلوئنزا کے تعلق میں وہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے۔
ممکن ہے خون پیچھے کو چلا جائے اور پچھلے منخروں (posterior nares) سے بہنے لگے' ایسی صورت میں وہ حلقوم (fauces) کی راہ سے ٹپک ٹپک کر معدہ کے اندر پہنچ سکتا اور بالآخر قئے ہو کر یا براہِ مستقیم (per rectum) خارج ہو سکتا ہے' یا ممکن ہے کہ وہ کھانسی پیدا کر کے نفث الدم (hæmoptysis) کا شبہ پیدا کر دے۔ بلند فشار دموی (high blood pressure) کے مریضوں میں بعض اوقات معتدل رعاف ہونے سے وہ درد سر رفع ہو جاتا ہے جو پہلے سے موجود ہوتا ہے۔
ناک کے معائنہ سے دمی نقطہ دریافت ہو جاتا ہے' اور ایڈرینیلین گاز (adrenaline gauze) کے ذریعہ اصمام کر کے مقامی الساق کیا جا سکتا ہے یا کی (cauterise) کیا جا سکتا ہے۔ اگر اس میں کامیابی نہ ہو تو کوپر روز (Cowper Rose) کی تھیلی استعمال کی جا سکتی ہے۔ موخر منخروں کا اصمام کرنے کی بہت کم ضرورت پڑتی ہے۔

حلق

التہاب اللوزہ

(tonsillitis)

لوزتین لمف آسا بافت کے تودے ہیں جو ہر جانب پر حلقوم کے اگلے اور پچھلے ستونوں کے درمیان واقع ہیں' اور انھیں لمف آسا بافت کے دوسرے تودوں سے تمیز کرنے کے لئے حلقومی لوزتین (faucial tonsils) کہتے ہیں۔ ان دوسرے تودوں میں سے بعض قاعدۂ زبان میں واقع ہیں' جن کا نام لسانی لوزتین (lingual tonsils) ہے' اور بعض انفی بلعوم میں' جنھیں بلعومی لوزہ (pharyngeal tonsil) یا لوزۂ لشکا (Luschka's tonsil) کہتے ہیں۔ حلقومی لوزتین میں لمف آسا بافت' خلیوں اور جال کی مخصوص ترتیبوں پر شامل ہوتی ہے' جنھیں جرابات (follicles) کا نام دیا گیا ہے' اور

گہرے انشقاقات (fissures) بھی موجود ہوتے ہیں جن کو طاقتے (crypts) کہتے ہیں۔ یہ سطح پر واہوتے ہیں اور عمقاً نیچے کیسہ تک پہنچتے ہیں جو بلعوم کے عضلی جرم کے ساتھ متماس ہوتا ہے ۔ اِن طاقوں میں تندرستی کی حالت میں بھی جراثیم کے متعدد انواع مل سکتے ہیں یعنے نبقات سبحیہ، نبقات عنبیہ، نبقات ریویہ نخی دقیقہ فاذلت، عصیہ فریڈلانڈر، وغیرہ۔ لوزتین، دہن کے راستہ سے جو سرایت واقع ہوسکتی ہے اس کی روک تھام کے لئے ایک حفاظتی فعل انجام دیتے ہیں، لیکن جب وہ ایک مرتبہ سرایت زدہ ہوجاتے ہیں، تو سرایت عنقی لمفائی غدد میں منتقل ہوسکتی ہے، جن میں سے ایک وہ ہے جو جبڑے کے زاویہ کے قریب قصی حلمی عضلہ کی اگلی کور کے نیچے واقع ہے، مشترک سباتی شریان کی دوشاخگی پر پڑا ہوا ہے، اور غدہ لوزی (tonsillar gland) کی حیثیت سے تمیز کیا جاتا ہے ۔

التہاب لوزتین کا بیان پہلے بعض ساری امراض، یعنے ڈفتھیریا، قرمزیہ (scarlatina) آتشک، اور حاد رثیت (acute rheumatism) کے تعلق میں کیا گیا ہے۔

199 جرابی التہاب اللوزہ (follicular tonsillitis) اِن سرایتوں کے علاوہ جو کہ ابھی بیان کی گئی ہیں، لوزتین کے لمف آسا اور جرابی جرم کا التہاب بظاہر خودرو طور پر ہوتا ہے اور بعض اشخاص میں مہینوں یا برسوں کے وقفوں سے مکرر ہوا کرتا ہے ۔ یہ غالباً سرایت کے باعث ہوتا ہے، یا اُن عضویوں کی تشبیت کے ازدیاد کے باعث ہوتا ہے جو طاقوں میں مخفی پڑے رہتے ہیں، لیکن ساتھ ہی یہ وجہ بھی ہوتی ہے کہ مبتلا شدہ شخص کی یا اسکی بافتوں کی قوت مدافعت ضعیف ہوجاتی ہے ۔

علامات ۔ لوزہ سرخ اور متورم ہوجاتا اور کئی زرد یا سپید نمایاں دھبے یا داغ پیش کرتا ہے، جو یہی ارتشاح (exudate)، تسلخ شدہ (exfoliated) سرحلمہ، کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں، لمف خلیوں اور جراثیم کے تودے ہوتے ہیں، اور طاقوں کے دہنوں پر واقع ہوتے ہیں۔ اور لوزہ کی سطح کم و بیش مخاط سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جبڑے کے زاویہ کے پیچھے یہ ورم باہر سے محسوس کیا جاسکتا ہے ۔ زیادہ شدید قسموں میں طاقوں کا افراز زیادہ وافر ہوتا ہے، اور وہ بڑے چمکدار سپید صمامات (plugs) سے متمدد ہوتے ہیں، جو ڈفتھیریا کے سپید مادے سے قریبی مشابہت پیش کرسکتے ہیں۔ "جرابات"

باہم پیوستہ ہوکر ایک ایسی جھلی بنا سکتے ہیں جو کہ ڈفتھیریا کی غشاء سے قریبی مشابہت رکھتی ہے۔ اکثر اوقات ہر دو لوزتین ماؤف ہوتے ہیں۔ معتدل بخبی اختلال، فرار زبان، کسلمندی کا احساس، مقامی بے آرامی، نگلنے میں درد ہونے کے علامات موجود ہوتے ہیں۔ اکثر تپش بہت بڑھ جاتی ہے۔ اور عام طور پر لوزی عنقی غدد بڑے ہوجاتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ لوزتین کی سنجی بافت (parenchyma) کے خلیات اور جرابات کے خلیات تعداد میں زیادہ ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ جرابات میں نہایت چھوٹے چھوٹے پھوڑے بنکر طاقوں کے اندر پھوٹ پڑیں۔

تشخیص۔ وہ مشابہت نہایت اہم ہے جو کبھی کبھی ڈفتھیریا کے ساتھ ہوجاتی ہے۔ عموماً لوزہ کے ایک طاقہ کے اندر افراز کے صمام کی صحیح تکوین سے، یا ایک جانب پر متعدد صمامات کی موجودگی سے اُنکی شناخت ہوجاتی ہے۔ کسی قدر وسعت رکھنے والی ایک منفرد سپید جھلی کا ہونا، جو بہ ظاہر صرف سطح پر ہو، اور اس جھلی کا نرم تالو تک پھیل جانا، ڈفتھیریا یا ذبحۂ ونسنٹ کی تائید میں ہے۔ مشتبہ اصابتوں میں جرثومیاتی کاشت کام میں لانا چاہیئے (ملاحظہ ہو صفحہ 66)۔

ارتفاع حرارت (pyrexia) کے لئے علاج شروع کردینا چاہیئے (ملاحظہ ہو صفحہ 20)۔ لوزتین پر حابس (astringent) یا دافع عفونت محلولات لگا دینے چاہئیں، جیسے کہ صبغیۂ ایوڈین (برٹش فارماکوپیا)، گلیسیرین آف ٹینک ایسڈ، اور صبغیہ پرکلورائڈ آف آئیرن (۵ قطرے ایک ڈرام گلیسیرین میں)۔ پوٹاسیئم کلوریٹ کے لوزنج یا رھاٹنی اور فارمالین (rhatany & formalin) کے اقراص بھی چوسے جاسکتے ہیں۔ صبغیہ گوائکم (tr. of guaiacum) یا گوائکم کے اقراص، اور سوڈیم سیلی سیلیٹ بھی مفید ہیں۔ شدید اصابتوں میں مصل دافع سبحیہ نبقات (anti-streptococcal serum) کے اشرابات دئے جاسکتے ہیں۔ دافع قرمزیہ نما (anti-scarliniform)۔ ا مکعب سنٹی میٹر، کثیر گرفتی (polyvalent) ۲۵ مکعب سنٹی میٹر، جو کہ دو دن کے بعد مکرر دیا جاتا ہے۔

قرنیت بلعوم (keratosis pharyngis) یہ ایک حالت ہے کہ جس میں لوزی طاقات کے دہنوں پر چھوٹے سفید بروزات پائے جاتے ہیں، جو کہ جرابی التہاب اللوزہ کے منظر سے مشابہ منظر پیدا کرتے ہیں۔ بالعموم یہ علامات سے مبرا ہوتی ہے، تاہم بعض اوقات

خفیف خراش حلق کی شکایت کیجاتی ہے۔ مرض کسی قسم کے علاج سے متاثر نہیں ہوتا لیکن وہ چند مہینے قائم رہنے کے بعد خود بخود غائب ہوجاتا ہے۔

گرد لوزی خُراج (peritonsillar abscess)(ذبحۂ لوزیہ: quinsy)۔
اس حالت میں کیسۂ لوزہ، اور لوزی مہاد کی عضلی دیوار کے درمیان تقیح واقع ہوجاتا ہے۔ پھوڑے کا ٹھیک محل وقوع مختلف ہوتا ہے، لیکن بیشتر وہ اس فضا کے بالائی دو تہائی میں واقع ہوتا، لوزہ کو نیچے اور اندر کے طرف دھکیلدیتا، اور حنکی بافتوں میں تداخل کرتا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ پندرہ اور پچیس سال کی عمروں کے درمیان نہایت عام ہوتا ہے۔ بعض آدمی اس میں مبتلا ہونے کا بہت رجحان رکھتے ہیں، اور بار بار مبتلا ہوتے ہیں۔ اس کا سبب، لوزی سرایت کا لوزہ کے کیسہ سے باہر پھیل جانا ہے (گرد لوزی التہاب = peritonsillitis)۔ بعد میں تقیح ہوجاتا ہے۔

علامات۔ یہ ایک یا دونوں لوزتین کو ماؤف کرسکتا ہے۔ لوزہ سُرخ، اور اپنی قدرتی جسامت سے دوگنا متورم ہوکر خطِ درمیانی کے طرف اُبھر آتا ہے، اور لہاۃ (uvula) کو ہٹاکر ایک طرف کر دیتا ہے۔ اگر دونوں لوزتین ماؤف ہوں، تو ممکن ہے کہ وہ خطِ وسطی میں مل جائیں، اور لہاۃ کو آگے کے طرف دھکیل دیں۔ ورم اور سُرخی نرم تالو کو متاثر کردیتی ہے جوکہ سامنے کو ایک اختلاف پذیر فاصلہ تک از دیاد زدہ ہوجاتا ہے۔ سطح عموماً چکنی، چمکدار، اور رنگ میں گہری سُرخ یا ارغوانی ہوتی ہے۔ باہر سے دیکھا جائے تو جبڑے کے زاویہ کے پیچھے بین ورم ہوتا ہے۔ بیماری اکثر ایک قشعریرہ اور متلی کے ساتھ شروع ہوتی ہے، اور ذہنی اختلال بہت زیادہ ہوتا ہے۔ زبان پر فرکی موٹی تہ چڑھی ہوتی ہے، بھوک چلی جاتی ہے، اور تپش ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ تک بلند ہوجاتی ہے۔ نگلنے اور بولنے میں نہایت شدید درد ہوتا ہے، اور منہ کے اندر ریق اور مخاطی افراز جمع ہوجاتے ہیں اور انھیں بار بار تھوکنا پڑتا ہے۔ دو سے چار دن تک میں تقیح واقع ہوجاتا ہے۔ رسولی، جو پہلے سخت تھی اب نسبتہً نرم ہوجاتی ہے، اور انگلی سے دبجاتی ہے۔ یا ایک انگلی لوزہ پر اور دوسری انگلی باہر جبڑے کے زاویہ کے پیچھے رکھنے سے پیپ کی موجودگی شناخت کیجاسکتی ہے۔ اگر پھوڑے کو یونہی چھوڑ دیا جائے تو وہ حلق کے اندر پھوٹ پڑتا ہے، تپش کم ہوجاتی ہے، اور صحت جلدہی چار سے سات روز تک کے اندر ہوجاتی ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ نقیہیت اور کچھ عرصہ تک جاری رہے۔

200

شاذ صورتوں میں پھوڑے نے گردن یا سینہ کے اندر نقب لگادی ہے، یا سباتی شریان کو کھالیا ہے، یا اپنی پیپ حنجرہ کے اندر خارج کرکے اختناق (suffocation) پیدا کردیا ہے۔

تشخیص۔ ذبحہ لوزیہ (quinsy) جراحی التہاب لوزہ سے مشابہ ہوسکتا ہے۔ وہ زیادہ اکثر یک جانبی ہوتا ہے، اس میں تپ زیادہ شدید ہوتی ہے، سرخی منفصلہ حصوں تک پھیل جاتی ہے، افراز طاقوں کے اندر جمع نہیں ہوتا، اور ممکن ہے کہ پیپ کا بالآخر پتہ چل جائے۔ بعض اوقات یہ دونوں حالتیں ساتھ ساتھ پائی جاتی ہیں۔

علاج۔ استفاع حرارت کا عام علاج استعمال کیا جاتا ہے۔ درد میں برف سے اکثر تخفیف ہوجاتی ہے۔ اسے چوسنا بھی چاہئے اور باہر سے بھی لگانا چاہئے۔ حاد علامتوں میں کمی کرنے کے لئے سیلی سلیٹ آف سوڈیم۔ ۱ تا ۱۵ گرین کا داخلی استعمال ہر تیسرے یا چوتھے گھنٹے کیا جاسکتا ہے۔ کاربالک ترشہ کے گرم غسول (ایک فی صدی) سے غرارہ کرنا درد کو تسکین دیتا ہے۔ اگر تقیح شروع ہوگیا ہے تو گرم تکمیدات (hot fomentations) اور پولٹیس غالباً اس میں سرعت پیدا کرتی ہیں۔ جب پیپ معلوم ہوجائے تو پھوڑے کے ابھرے ہوئے حصے میں ایک لمبے نوک دار مشرط (bistoury) سے (جو اس کے آخری نصف انچہ تک پلاسٹر سے ڈھکا ہوا ہو تاکہ دہن کے دوسرے حصے محفوظ رہیں) شگاف لگا دینا چاہئے۔ ابتدائی درجوں میں مصل وافع بنقات سبحیہ کا اشراب کرنا مفید ہوتا ہے۔

لوزتین کی مزمن عفونت (chronic sepsis of the tonsils)۔ بچوں میں اس کا وقوع عام ہوتا ہے، اور یہ اکثر لوزتین کی کلانی پیدا کردیتی ہے، جو ممکن ہے کہ مریض کی عمر کی زیادتی کے ساتھ ساتھ رفع ہوجائے۔ لیکن مزمن عفونی لوزتین چھوٹے، اور حلقوم کے ستونوں کے درمیان اگڑے ہوئے بھی ہوسکتے ہیں۔ ماسبق حاد التہاب لوزہ سے مزمن عفونت پیدا ہوسکتی ہے۔

امراضیات۔ بڑھے ہوئے لوزتین سختی بافت اور جرابی بافتوں کی بیش پرورش ظاہر کرتے ہیں، ساتھ ہی طاقوں میں افراز کا کم و بیش اجتماع ہوتا ہے، اور طاقے بڑھے ہوئے بھی ہوتے ہیں۔

مزمن التہابِ لوزتین اہمیت رکھتا ہے اسلئے کہ وہ ایک ایسا ماسکہ بہم پہنچاتا ہے کہ جس سے جسم کے دوسرے حصے بذریعہ ہوئے خون سرایت زدہ ہوسکتے ہیں۔ دانتوں کے راسی پھوڑوں (apical abscesses) کے متعلق جو کچھ بیان کیا گیا ہے اس میں سے بہت کا اطلاق یہاں بھی ہوتا ہے۔ دندانی عفونت بالغوں میں عموماً زیادہ اہمیت رکھتی ہے لیکن بچوں میں لوزتین بہ حیثیت سرایت کے منبعوں کے نسبتہً زیادہ اہمیت رکھتے ہیں۔ دونوں صورتوں میں ثانوی سرایت کے وقوع کا امکان زیادہ ہوتا ہے کیونکہ اوّلی مرکز گہرے مقام پر واقع ہوتا ہے۔ فی الحقیقت گارڈینر (Gardiner) نے عملیہ میں نکالے ہوئے لوزوں کے عمقی برخ سے ہمیشہ کاشتیں حاصل کیں۔ حاد رثیہ (acute rheumatism) اور التہاب گردہ اکثر عفونی لوزوں سے ثانوی طور پر واقع ہوسکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ لوزتین درنہ کے جسم پر حملہ آور ہونے کے لئے ایک راستہ بہم پہنچادیں۔ درحقیقت لوزتین کی بعض کلانیاں درنہ کی وجہ سے ہوجاتی ہیں، اور لوزہ کی شعاع فطریت (actinomycosis) بھی دیکھی گئی ہے۔

علامات ۔ لوزتین پھیکے گلابی رنگ کے، سطح پر لختک دار، اور کثافت میں سخت ہوتے ہیں، اور ایک ملوق (spatula) سے دبانے پر ان کے اندر سے پیپ یا جبنی مادہ نچوڑا جاسکتا ہے۔ جب وہ صرف معتدل جسامت کے ہوتے ہیں تو ممکن ہے کہ کوئی مقامی علامات نہ پیدا کریں۔ جب وہ بڑے ہوتے ہیں، تو ساتھ غدودہ بھی بڑھے ہوئے ہوتے ہیں، اور ایسی صورت میں انفی تنفس میں رکاوٹ ہوتی ہے۔ بچہ منہ کھولے ہوئے سانس لیتا ہے اور چونکہ انفی راستے کم کام میں لائے جاتے ہیں، لہٰذا اگلے منخر چھوٹے اور اجنحہ (alae) پچکے ہوئے ہوتے ہیں۔ نگلنے کے فعل میں دشواری ہوتی ہے اور وہ بیندھنگے پن کے ساتھ عمل میں آتا ہے، اور بولنے میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گویا منہ کے اندر کوئی چیز رکھی ہوئی ہے۔ یوستیکیائی انبوبہ کی نازلت کی وجہ سے شنوائی بھی کم ہو جاتی ہے۔ دوسرے علامات جو ایسی اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں یہ ہیں:۔ کھانسی، انفی نازلت، بے چینی اور دردِ سر۔

علاج ۔ معیاری علاج لوزہ برآری (tonsillectomy) ہے، اور ممکن ہے کہ آج کل گردن میں تدرنی غدد کا نسبتہً شاذ پایا جانا اسی وجہ سے ہو کہ یہ عملیہ کثرت کے ساتھ

انجام دیا جاتا ہے۔ تاوقتیکہ کوئی نہایت ہی واضح داعیہ موجود نہ ہو، اسال سے نیچے عملیہ انجام نہ دینا چاہئے، کیونکہ لوزتین کے حفاظتی فعل کا ضیاع تشویشناک ثابت ہو سکتا ہے۔ بریڈلے (Bradley) نے ایک پبلک اسکول میں دیکھا کہ ان لڑکوں میں کہ جن میں لوزہ براری انجام دی گئی تھی، وبائی نازلتی سرایت سب سے زیادہ شدید تھی۔ اگر عملیہ قرینِ مصلحت نہ ہو تو دباکر افرازات یا جبعی تودے نچوڑ لئے جاتے ہیں، یا پچکاری کے ذریعہ یا چوس کر طاقوں میں سے باہر نکالدئے جاتے ہیں، اور دافع عفونت لوزینج (lozenges) دئے جاتے ہیں۔

ذبحۂ ونسنٹ

(Vincent's angina)

یہ التہابی حالت دو شکلوں میں پائی جاتی ہے: (۱) تقرحی۔ قرحات شکل میں گول ہوتے ہیں اور یہ مثالی طور پر ایک لوزہ پر، شاذ طور پر دونوں پر، اور بچوں میں زبان اور گالوں پر پائے جاتے ہیں۔ عفونت زدہ دانتوں کے گرد جو مسوڑوں کے قرحات پائے جاتے ہیں ان میں ونسنٹ (Vincent) کا عصیہ تکلہ نما (Bacillus fusiformis) پایا جاتا ہے۔ (۲) کاذب غشائی (pseudo-membranous)، جو خناقیہ سے مشابہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ لوزہ سے بڑھ کر گردوپیش کی غشائے مخاطی پر پھیل جائے۔ بعض اوقات یہ لوزہ کو ماؤف نہیں کرتی بلکہ اس کے بجائے نرم تالو کو اور حلقوم کے ستونوں کو ماؤف کر دیتی ہے۔ عنقی غدد متورم ہو جاتے ہیں، اور نگلنے میں دقت ہوتی ہے اور کچھ تپ موجود ہوتی ہے، اور سانس بدبودار ہوتی ہے۔ یہ جھلی عموماً آٹھ یا دس دن میں غائب ہو جاتی ہے۔ تپ صرف خفیف سی ہی ہوتی ہے، غدد کبھی متقیح نہیں ہوتے، اور انذار اچھا ہوتا ہے۔

ان حالتوں میں دو عضویے پائے جاتے ہیں:۔ (۱) عصیہ تکلہ نما (Bacillus fusiformis)۔ یہ طول میں ۶ μ تا ۱۲ μ ہوتا ہے، اور ایک طویل پتلے سے مثلث کی مانند نظر آتا ہے۔ یہ جوڑوں میں پایا جاتا ہے، اور قاعدے باہم متماس ہوتے ہیں۔ یہ تاریک زمینی تنویر (dark-ground illumination) سے باآسانی دکھائی دیتا ہے۔ (۲) ونسنٹ کے پیچ مویے (Vincent's spirochæte)۔

علاج ۔ قرحات پر سلور نائٹریٹ کا ۱۰ فیصدی محلول روزانہ تصبیغ کرنا چاہئے۔ درد کو تسکین دینے کے لئے ایسپرین (aspirin) دیجا سکتی ہے۔ نووار سینو بنزال (novarsenobenzol) کے اشرابات کے ذریعہ مسوڑوں کی سرایت دور کیجا سکتی ہے۔

بلعومی لوزات

(pharyngeal tonsils)

یہ لمف آسا بافت کا ایک تو وہ ہے، جو العلی بلعوم میں واقع ہے، اور جس کے ساتھ وہ منتشر گرہکیں بھی ہیں جو روزن مُلر (Rosenmuller) کے حفرات کی غشاء مخاطی میں اور بلعوم کی پچھلی دیوار کی غشائے مخاطی میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ تو وہ لمبے ڈنڈی یا ڈنڈی دار ہو سکتا ہے، اور انگشت نما زائدوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ زائدے ایسے شقاقات یا درزوں کے ذریعہ جو حلقومی لوزہ کے طاقوں سے متماثل ہوتی ہیں، ایک دوسرے سے جدا ہوتے ہیں۔ یہ استوانی ہدبی سرطیلہ کی ایک تہ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ زندگی کے تیسرے اور دسویں سالوں کے درمیان اسکی کلانی عام ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایسی کلانی بچوں کے ساری امراض کے بعد واقع ہوجائے، اور یہ اکثر نازلتی التہاب الانف کے حملوں کے ساتھ واقع ہوا کرتی ہے۔

بلعومی لوزہ کی مبنی پرورش [جسے اکثر غدہ نما بالید (adenoid growth) یا غدودے (adenoids) کہتے ہیں] کے امراضیاتی نتائج اہم ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مزمن نازلت اوپر کو یوسٹیکیائی انبوبہ میں پھیل جائے، اور درمیانی اذن کا التہاب (otitis media) اور ازاں بعد مخاطی طبقہ (mucosa) کا مزمن التہاب پیدا کردے۔ بچہ کے نشو ونما کے دوران میں بعض تغیرات واقع ہوجاتے ہیں جن کا ذکر حلقومی لوزوں کے عنوان کے تحت کیا گیا ہے۔ بچہ کا چہرہ لمبا ہوجاتا ہے۔ اجنحۃ الانف (alæ nasi) پچک جاتے ہیں۔ اوپر کا ہونٹ چھوٹا اور باز کشیدہ ہوجاتا ہے۔ منہ اکثر کھلا رہتا ہے اور اس طرح بچہ کا چہرہ احمقانہ (vacant expression) معلوم ہوتا ہے۔ یہ سب ملکر غدودی خلعت (adenoid facies) پیدا کردیتے ہیں۔ کبوتر سینگی (pigeon-breast) اور بلند حنکی محراب بھی اکثر موجود ہوتی ہے۔

علامات ۔ یہ بلاشبہ کلانی کی مقدار اور اُس سے پیدا ہو جانے والے انفی بجزی تسدد کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔ یہ حسب ذیل ہیں:۔ بہراپن، عادتاً دہنی تنفس جو رات کو زیادہ خراب ہو جاتا ہے، خراٹے لینا اور "شب ترسی" (night-terrors) اور نازلتی التہاب الانف کا رجحان، جس کے ساتھ افراز میں کبھی کبھی خون ہوتا ہے۔ تلفظ کرنے میں م (M)، اور ن (N) حروف صحیح کا تلفظ خراب طرح ادا ہوتا ہے، کیونکہ منفذ انف میں ان آوازوں کی گمک نہیں پیدا کیجا سکتی۔ بعض کہتے ہیں کہ غدد د ہ سے صرصری تشنج الحنجرہ (laryngismus stridulus)، شب بول (nocturnal enuresis)، لکنت، صرع اور تشنجات صبیانی کی تحریک پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج ۔ اگر علامات زیادہ نمایاں ہوں تو بالیدوں کو جراحتی طور پر خارج کر دینا چاہیے۔ ممکن ہے کہ نسبتہً خفیف اصابتوں کی اصلاح ایسی تنفسی ورزشوں سے ہو جائے جن کا مقصد یہ ہو کہ بچہ کو ناک کے راستہ سے سانس لینا سکھلایا جائے۔

202

لسانی لوزات

(lingual tonsils)

لسانی لوزات لمف آسا بافت کی وہ دو بائین گرہیں ہیں، جو قاعدۂ زبان پر خط وسطی کے دونوں طرف واقع ہوتی ہیں۔ اُن کی ساخت ویسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ حلقومی لوزہ کی، اور ہر ایک میں دو یا تین طاقچے ہوتے ہیں۔ وہ حلقومی لوزتین کی طرح ملتہب ہو سکتے ہیں، اُن کے طاقوں میں افراز کا احتباس نسبتہً کم عام ہوتا ہے، لیکن وہ کبھی کبھی بیش پروردہ ہو جاتے ہیں، جو کہ بالغوں کے نسبت بچوں میں زیادہ کثرت سے دیکھا جاتا ہے۔ اغلب ہے کہ "خراشِ حلق" (sore throat) کا وہ احساس جو خط وسطی میں اور کہیں حلق کے پیچھے محسوس ہوتا ہے، درحقیقت بہت سی مثالوں میں ملتہب لسانی لوزات کی وجہ سے ہو۔ آخرالذکر "حلق کی اُس علم گدگدی" کا سبب ہوتے ہیں جو "حلق کی کھانسی" پیدا کر دیتی ہے۔ نیز کالی کھانسی میں کھانسی انہیں سے پیدا ہو جاتی ہے۔ فیرک کلورائڈ (ferric chloride) کے ۴۰ گرین کا ایک سیر شدہ محلول جو گلیسرین کے ساتھ ایک اونس تک بنا لیا گیا ہو، ایک سرے پر خمیدہ پنبہ گیر (wool holder) کے ذریعہ سے

لوزات پر لگانے سے کھانسی میں تخفیف ہو سکتی ہے۔ اسے لگاتے وقت زبان کو تابحد امکان باہر نکالنا چاہئے (2)۔

مزمن التہاب البلعوم
(chronic pharyngitis)

اسباب ۔ بلعوم کا مزمن التہاب مکرر حاد حملوں سے پیدا ہو سکتا ہے۔ پچھلے منخرین (nares) سے سرایت کا نیچے گزر جانا ایک کثیر الوقوع سبب ہے، اور تمام اصابتوں میں ناک اور نزدانفی جوفوں کی حالت کی تفتیش کرنی چاہئے۔ علاوہ ازیں وہ بعض مضر اثرات، مثلاً الکحل کے غلط استعمال، کثرتِ تمباکو نوشی، اور آواز کے مسلسل استعمال سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اور جب ایک جلسۂ عام میں تقریر کرنے والا شخص نیچے لیول پر بیٹھے ہوئے سامعین کی طرف خطاب کرنے میں اپنا سر نیچے جھکاتا ہے اور اس طرح اُن اعضا کو جو صوتی تلفظ نکالنے میں مصروف ہیں پچکاتا ہے، تو بلا شبہ وہ اس مرض کے وقوع میں ممد ہوتا ہے۔ مزمن التہاب البلعوم ہمیشہ نرم تالو، لوزتین، یا ناک کے پچھلے حصے کے ایک مماثل تغیر کے ساتھ ساتھ واقع ہوتا ہے۔

علامات ۔ غشائے مخاطی سرخ ہو سکتی ہے، اور اس کی وریدیں متسع ہوتی ہیں۔ بعض اصابتوں میں بلعوم پر کثیر التعداد چھوٹے رمادی ارتفاعات منتشر ہوتے ہیں (حبیبی التہاب البلعوم = granular pharyngitis)۔ دوسری اصابتوں میں چھوٹی خراشیدگیاں (abrasions) یا تقرحات ہوتے ہیں۔ حبیبی التہاب البلعوم کے رمادی بروزات بڑھے ہوئے جرابات یا مخاطی غدد ہیں۔ غشائے مخاطی بعض اصابتوں میں وافر افراز سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، اور مریض ہمیشہ کھنکارتا اور تھوکتا رہتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں اس کی سطح خشک ہوتی ہے، جس سے نگلنے میں کسی قدر تکلیف اور دقت، اور ساتھ ہی چبھتا ہوا درد اور کھانسنے کی خواہش پیدا ہوتی ہے۔

حبیبی التہاب البلعوم (granular pharyngitis) اکثر ایک جداگانہ عارضہ شمار کیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ حقیقی حلقوم سے متجاوز ہو کر قلۂ بلعوم تک اور حنجرہ تک پھیل جائے۔ غشائے مخاطی بیشتر اصابتوں میں خشک ہوتی ہے، لیکن بعض اوقات جرابات لزج

مخاط سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس سے تکلیف کچھ نہ ہو یا کم ہو۔ لیکن حلق کی خشکی اور کرختگی (stiffness) اور ساتھ ہی کھنکارنے اور تھوکنے کی دائمی خواہش اور نگلنے میں تکلیف اور دقت واقع ہو سکتی ہے۔ بولنے کی کوشش سے بھی درد ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ مریض کو حلق صاف کرنے کے لئے توقف کرنا پڑے۔ حالات کی یہ صورت قسیسین (clergymen)، عام مقررین اور دوسرے ایسے ہی پیشہ والوں میں غیر عام نہیں، اور اسی واسطے اسے "قسیسین کی خراش حلق" ("clergymen's sore throat") کہتے ہیں۔ یہ علامات سردی کے تکشف سے زیادہ ہو جاتے ہیں، اور بعض مصنفین نے اس کی موروثی استعداد کا مشاہدہ کیا ہے۔

علاج۔ جیسی التہاب البلعوم میں مقامی علاج ضروری ہے۔ غرارے چنداں کارآمد نہیں، کیونکہ وہ نرم تالو سے آگے نہیں پہنچتے۔ لیکن پھٹکری یا ٹیانین (tannin) (ہر ایک ہم تا ۱۰ گرین پانی کے ایک اونس میں) کے رشاشات (sprays) کام میں لائے جا سکتے ہیں، یا حلق میں حابس محلولات لگائے جا سکتے ہیں، جیسے کہ نائٹریٹ آف سلور (۱۰ فیصدی) یا مینڈل کا صبغہ (Mandl's pigment) جس میں آیوڈائزڈ گلیسرین ہوتا ہے (آیوڈین ۶ گرین، پوٹاسیئم آیوڈائڈ ۲۰ گرین، آئل مینتھا پپ ۵ قطرے، گلیسرین تا بقدر ایک اونس)۔

خلف البلعوم خراج

(retropharyngeal abscess)

اگرچہ یہ ایک جراحتی شکایت ہے تاہم یہاں اس پر مختصراً غور کی ضرورت ہے کیونکہ حلق کی بعض شکایتوں، مثلاً حنجری تسدد (laryngeal obstruction) کی تشخیص کے اس سے پیچیدہ ہو جانے کا اندیشہ ہے۔ یہ شوکہ کی بوسیدگی سے اور زیادہ اکثر اوقات خلف البلعومی لمف آسا بافت کے التہاب سے پیدا ہو جاتا ہے اور یہ بلعوم کی پشت پر ایک ورم پیدا کر دیتا ہے جو ممکن ہے کہ حنجرہ کو دبا کر عسر البلع (dysphagia)، بہر (dyspnœa) اور اختناق (asphyxia) پیدا کر دے۔ چنانچہ اسکو غلطی سے کروپ یا حنجری ذبحہ سمجھا جا سکتا ہے، لیکن آخر الذکر کی طرح اس میں کھانسی روکھی یا آواز بیٹھی ہوئی نہیں ہوتی، بلکہ یہ دونوں کسی قدر "غرغری" ("gurgling") ہوتے ہیں۔

مشکوک اصابت میں حلق کی پشت تک انگلی ڈالکر دیکھنا چاہیئے جبکہ ایک تموجی ورم محسوس ہو جائے گا۔ اس میں سرجن سے شگاف دلوا دینا چاہیئے۔

التہاب حنجرہ

(laryngitis)

التہاب حنجرہ حاد یا مزمن ہو سکتا ہے، اور متعدد اسباب سے پیدا ہوتا ہے ان میں سے چند اسباب یہ ہیں:۔ نازلتی التہاب پیدا کرنے والے معمولی حالات، جن پر حاد التہاب الانف (acute rhinitis) کے ماتحت غور کیا گیا ہے۔ خراش آور بخارات اور غبار آلود ہوا کا تماس۔ اجسام غریبہ (foreign bodies) کا انحصار (impaction) یا دوسرے طریقوں سے راست تضرر۔ گرد و پیش کے حصوں، بلعوم، شعبات اور قصبۃ الریہ یا بیرونی بافتوں سے التہاب کا پھیل جانا۔ حاد نوعی حمیات (acute specific fevers) جیسے ڈفتھیریا اور کھسرا۔ اور سب سے آخر میں رائٹ کا مرض۔ مزمن التہاب حنجرہ تدریجاً کی تکرار یا تو بالائی تنفسی خطہ سے باششوں سے ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ آتشک بھی حنجرہ پر حملہ آور ہوتی ہے۔ نتائج، سبب کے لحاظ سے کسی قدر مختلف ہوتے ہیں، اور ہم ایک نازلتی التہاب حنجرہ (catarrhal laryngitis)، ایک اُذیمائی التہاب حنجرہ (oedematous laryngitis)، ڈفتھیریا سے مخصوص ایک غشائی التہاب حنجرہ (membranous laryngitis) اور سل ریوی (phthisis) اور آتشک کے التہاب حنجرہ کو بآسانی شناخت کر سکتے ہیں۔

حاد نازلتی التہاب حنجرہ۔ یہ بیشتر انھیں حالات کے باعث ہوتا ہے جو حاد التہاب الانف پیدا کر سکتے ہیں، لیکن یہ خراش آور بخارات، غبار آلود ہوا، غریب اجسام کے داخلے اور پچھلے منخرین (posterior nares)، بلعوم یا شعبات سے پھیلنے والے التہاب سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ کھسرا میں اور نسبتہً کم بار دوسری سرایتوں میں ہوتا ہے۔

علامات۔ آواز بیٹھ جاتی یا بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ حلق میں ایک گدگدی (tickling) کا احساس ہو کر رُوکھی (husky) کھانسی آتی ہے، جس کے ساتھ وقتاً فوقتاً مخاط کے چھوٹے چھوٹے صمامات (plugs) نفث سے نکلتے ہیں۔ تنفس عموماً کم ہی متاثر ہوتا ہے

لیکن شاذ صورتوں میں کسی قدر صر صر اہٹ (stridor) موجود ہو سکتا ہے ۔ اور بچوں میں بہر النفس بشدت کثرت سے ایک نمایاں علامت ہوتی ہے ۔ بخار خفیف یا بالکل (dyspnœa) غیر موجود ہو سکتا ہے ۔ حنجرہ بین (laryngoscope) سے امتحان کرنے پر سبوحیات (arytenoids) کے اوپر کی مخاطی جھلی متورم اور سرخ ہوتی ہے ۔ احبال الصوت (vocal cords) بالعموم التہاب زدہ ہوتے ہیں، لیکن وہ عموماً نہایت کم تغیر ظاہر کرتے ہیں ۔ ممکن ہے کہ ان کے اوپر اور ان کے درمیان کچھ مخاط پڑی ہوئی دکھلائی دے ۔ بطینی بند (ventricular bands) ماؤف ہو سکتے ہیں ۔

بچے حاد التہاب حنجرہ کی ایک قسم صر صری التہاب حنجرہ (laryngitis stridulosa) میں مبتلا ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، جس کی ممیز خصوصیت یہ ہے کہ اختناق (suffocation) کی علامتیں یکایک، اکثر آدھی رات کے وقت، نمو یاب ہو جاتی ہیں ۔ دن کے وقت صرف خفیف کھانسی اور آواز بیٹھی ہوئی (huskiness) ہوتی ہے، لیکن رات میں بچہ دفعتہً کسی وقت خوف زدہ ہو کر جاگ اٹھتا ہے اور ساتھ ہی اسے شدید بہر (dyspnœa) اور بھو نکنے کی آواز والی (barking) یا روکھی (husky) کھانسی ہوتی ہے، جس کے بعد پُرشور (loud) اور لمبا بانگ دار (crowing) شہیق ہوتا ہے ۔ آواز بھرائی ہوئی اور کمزور، اور چہرہ (feature) ممتلی (congested) ہوتا ہے ۔ اگر یہ حالت قائم رہے تو ممکن ہے کہ چہرہ شاحب اور کبود ہو جائے اور اختناق (suffocation) قریب الوقوع معلوم ہوتا ہے ۔ لیکن عموماً تھوڑی دیر میں علامتیں کم شدید ہو کر بچہ سو جاتا ہے ۔ یا تو اسی رات کو چند گھنٹوں کی نیند کے بعد یا بعد کی راتوں میں ایسے ہی حملے ہو سکتے ہیں جن میں اختناق کا خطرہ ہوتا ہے اور ساتھ ہی کروپی (croupy) شہیق واقع ہو سکتا ہے ۔ ان حملوں کے ساتھ بخار (معہ فروار زبان، تمتمائے ہوئے سرخ چہرے، اور گرم جلد وغیرہ کے)، اسکے نسبت زیادہ ہوتا ہے کہ جتنا بالغوں کے نازلتی التہاب حنجرہ میں ہوتا ہے ۔ یہ حملے غالباً اس وجہ سے ہوتے ہیں کہ مزمار کے اندر لزج (tenacious) مخاط کی موجودگی حنجری تشنج پیدا کر دیتی ہے ۔ جب کبھی ایسے بچہ کو "سردی ہو جاتی ہے" تو یہ علامتیں اسی بچہ میں مکرر پیدا ہو جانے کا رجحان رکھتی ہیں، لیکن شاذ ہی مہلک ہوتی ہیں ۔

انذار ۔ حاد التہاب حنجرہ زیادہ تر امید افزا انذار رکھتا ہے ۔ وہ عموماً چند روز کے

عرصہ میں رفع ہو جاتا ہے۔

تشخیص، بالخصوص بالغوں میں عموماً سادہ ہوتی ہے۔ ذفتیریا اس سے زیادہ شدید ہوتا ہے اور اسکے ساتھ حلقوم پر جھلی، جھلی کا نفث، یا البیومن بولیت (albuminuria) کا ہونا ممکن ہے۔

علاج ۔ مریض کو بولنا نہیں چاہیئے۔ اسے ایک یکساں طور پر گرم کرۂ ہوائی میں رکھنا چاہیئے، اور ایک مناسب آلہ میں بار بار بھاپ کا استنشاق کرنا چاہیئے۔ اس آلہ کو مرکب صبغیہ عود (tinct. benzoin co.) (نصف اونس ایک پائنٹ پانی میں) سے بار کرسکتے ہیں۔ مینتھال (menthol) (۲ یا ۳ گرین ایک اونس لکوڈ پیرافین میں)، روغن یوکالپٹس (oil of eucalyptus) اور کریاسوٹ (creosote) کے رشاشات (sprays) بھی مفید ہوتے ہیں۔ ملطف مائعات (demulcent liquids) کو آزادانہ طور پر نوش کرنا چاہیئے، یا برف کے چھوٹے ٹکڑے چوسے جائیں۔ کھانسی کی خراش کی تخفیف افیون موجود رکھنے والی دواؤں (opiates) کے ذریعہ کرنی چاہیئے۔ غذا یا انتظام غذائی (regimen) البتہ وہی استعمال کرنا چاہیئے جو عموماً حموی حالتوں میں کام میں لایا جاتا ہے۔

204

صرصری التہاب حنجرہ (laryngitis stridulosa) کے لئے اکثر ایک مقیئ (emetic) دوا مفید ہوتی ہے، جیسے کہ سلفیٹ آف زنک (sulphate of zinc) (۵ تا ۱۰ گرین) یا عرق الذہب (ipecacuanha) (اسکا سفوف ۲ تا ۵ گرین، یا اسکا نبیذ ایک ڈرام ہر دس منٹ کے وقفہ سے حتی کہ قئے پیدا ہو جائے)۔ مزید براں گرم فلالین یا ایک گرم اسفنج گلے پر لگایا جا سکتا ہے۔ درمیانی وقفوں میں التہاب حنجرہ کا علاج گرم و تر کرۂ ہوائی (بھاپ کی کیتلی) اور برومائڈز (bromides) اور کلورل (chloral) کی تھوڑی خوراکوں سے کرنا چاہیئے۔

اذیمائی التہاب حنجرہ (œdematous laryngitis)۔ یہ التہاب حنجرہ کا نتیجہ ہو سکتا ہے جو مختلف طریقوں پر پیدا ہو جائے۔ بعض اوقات یہ نازلتی اصابتوں میں، یا مرض برائٹ کے دوران میں ہو جاتا ہے۔ اس کا معمولی سبب حنجرہ کی حادثیتی سبھی سرایت ہے۔ اسکے ہمراہ شدید ننیئ علامات پائے جاتے ہیں اور اس میں بہت جلد اور مستعدی کے ساتھ علاج کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

وہ مقامی اُذیما جو وعائی عصبانی تہیج (angio-neurotic œdema) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے، اکثر اوقات حنجری بافتوں میں ہو جاتا ہے اور اکثر مہلک ہوتا ہے (ملاحظہ ہو وعائی عصبانی تہیج)۔

مرضی تشریح۔ یہ تحت المخاطی بافت کے اندر التہابی مصل کے انصباب پر مشتمل ہے، اور اس مصل میں بہت سے سپید خلیے موجود ہو سکتے ہیں، جس سے ممکن ہے وہ مصلی قیحی (seru-purulent) ہو جائے، یا بافت میں حقیقی ریم منتشر ہو جاتی ہے۔

علامات بسا اوقات سرعت کے ساتھ نمو یاب ہو جاتے ہیں۔ گلے کی خراش نگلنے پر کچھ درد ہونا، اور اسکے بعد بہر جو کہ سرعت سے بڑھ جاتا ہے اور قصبہ شگافی کا مقتضی ہوتا ہے۔ حنجری امتحان کرنے سے ہر مزمار اور سبوجیات کا اذیما بہت جلد پایا جاتا ہے۔

انذار وسیع اُذیما کی مثالوں میں خطرناک ہوتا ہے۔

علاج۔ دافع تبقات سبجیہ مصل کے اشرابات بہت جلد دینے کی ضرورت ہے۔ استنشاقات جیسے کہ حاد التہاب حنجرہ میں دئے جاتے ہیں آرام دہ ہیں، اسی طرح گردن پر ٹھنڈے لاسفات۔ پست قصبہ شگافی کی نہایت ہی فوری ضرورت پڑ سکتی ہے۔

غشائی التہاب الحنجرہ (membranous laryngitis)۔ غشائی التہاب حنجرہ کا عام ترین سبب ڈفتھیریا ہے، جو یا تو حلقوم میں شروع ہو کر حنجرہ تک پھیل جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 65) یا ابتدا ہی سے حنجرہ پر حملہ آور ہوتا ہے اور اس وقت یا بعد میں حلقوم کو ماؤف نہیں کرتا۔ یہ نوٹ کرنا خالی از دلچسپی نہیں کہ یہ اولی حنجری اصابتیں بچوں میں بالغوں کی نسبت زیادہ عام ہیں، اور یہ کہ ان کے ساتھ البیومن بولیت (albuminuria) یا بعد میں شلل کا وقوع اس کثرت سے نہیں ہوتا کہ جتنا ان اصابتوں میں کہ جن میں حلق ابتداءً ماؤف ہوتا ہے۔

غشائی التہاب حنجرہ ضربی اسباب یا مقامی خراش آوروں، مثلاً کیمیائی بخارات، اُبلتے ہوئے پانی، یا خارجی اجسام کے مغروز ہو جانے سے یقیناً پیدا ہو سکتا ہے۔ کمسراں غشائی التہاب حنجرہ کے واقع ہونے کے یہ معنے ہیں کہ اس پر ڈفتھیریائی سرایت مستزاد ہو گئی ہے۔

علامات۔ مقامی علامات اُن علامتوں سے مماثل ہوں گے جو ڈفتھیریا کے تحت بیان کی گئی ہیں، لیکن جب التہاب کا سبب زیادہ ممیز طور پر ضربی ہو تو ایک مرضِ ساری کی تمام علامتیں غیر موجود یا کم نمایاں ہونگی۔

تشخیص۔ عام طور پر ایسے بچے جن میں بلا کسی ظاہر سبب کے بھّر، جھنکار دار (ringing) یا کروپی (croupy) کھانسی، اور دیوارِ سینہ کی شہیقی باز کشیدگی (inspiratory retraction) موجود ہو، اور جن کا صرف چار روز میں دم گھٹ جانے (suffocation) کا خطرہ ہو، غشائی التہاب حنجرہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔ مزید برآں ایسے بچوں کی غالب تعداد میں ڈفتھیریا ہی اُس التہاب غشائی کا سبب ہوتا ہے۔ لیکن حنجرہ بینی سے امتحان کرنا عموماً ناممکن ہوتا ہے، اور جھلی کی موجودگی کا اوّلین ثبوت قصبہ شگافی (tracheotomy) کے عملیہ کے وقت یا اسکے بعد حاصل ہوتا ہے۔ صَرصَری التہاب حنجرہ (laryngitis stridulosa) سے اسکی شناخت (ملاحظہ ہو صفحہ 203) بھّر کے نسبتہً زیادہ تدریجی نمو اور نسبتہً زیادہ ہموار رفتار سے ہوتی ہے۔

تبادل تشخیص، ایک جسم غریبہ کی موجودگی ہے۔

علاج۔ غشائی التہاب حنجرہ کا علاج اُسی طرح کیا جاسکتا ہے جس طرح کے ڈفتھیریا کے تحت میں بتلایا گیا ہے، اور یہ علاج اُس وقت جبکہ وہ ڈفتھیریا کے باعث ہو اور اس وقت جبکہ وہ قرمزی بخار، کھسرا یا دوسرے کسی ساری مرض کے ساتھ متلازم ہو دونوں صورتوں میں کیا جاسکتا ہے۔ پہلی صورت میں ڈفتھیریا کا مضد سم (antitoxin) استعمال کرنا چاہئے۔

205

مزمن نازلتی التہاب حنجرہ (chronic catarrhal laryngitis)۔

یہ اکثر حاد التہاب حنجرہ کے بعد ہوتا ہے، بالخصوص اُس وقت جبکہ آخر الذکر کا مناسب علاج آواز کو کامل آرام دیکر نہ کیا گیا ہو۔ یا بالائی تنفسی خطہ کی سرایتوں سے، التہاب جوفی یا ذبولی التہاب الانف یا مزمن انفی تسدد سے۔ نیز آواز کے بیجا استعمال سے ہوتا ہے۔

علامات۔ آواز کا بیٹھ جانا، اور گلے کی خراش جس سے خشک کھانسی پیدا ہوجاتی ہے۔ حنجری امتحان کرنے سے، حقیقی احبال پر اور پچھلے ملتقیٰ میں دبازتیں پائی جاتی ہیں۔

تشخیص ۔ یہ مزمن نازلتی التہاب حنجرہ، اور تدرنی اور آتشکی التہاب حنجرہ، اور ابتدائی نوبایہ کے درمیان بسا اوقات دشوار ہوتی ہے۔ مزید واقفیت کے لئے طالب علم کو حنجریات کی مخصوص نصابی کتب دیکھنی چاہئیں۔

تدرن حنجرہ

سل ریوی (phthisis) یا ریوی تدرن (pulmonary tuberculosis) کے مریضوں میں سے ایک معتدبہ تعداد کو حنجری عارضہ ہوجاتا ہے، جسے پہلے سل حنجری (laryngeal phthisis) کے عنوان سے بیان کیا جاتا تھا۔ یہ حنجری بافت پر تدرن کے حقیقی حملہ کی وجہ سے ہوتا ہے، اور یہ پھیپھڑوں میں درنے بننے کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ اسے عموماً "حنجری تدرن" (laryngeal tuberculosis) کہتے ہیں، اور شاہ ایڈورڈ ہفتم کی صحت گاہ، مڈہرسٹ (Midhurst) میں سل ریوی کے جتنے مریض داخل ہوئے ان میں ۸،۴ فیصدی میں اس مرض کے پہلے درجہ میں ۲۰،۱۸ فیصدی میں اس مرض کے دوسرے درجہ میں، اور ۵،۳۱ فیصدی میں اس مرض کے تیسرے درجہ میں حنجری تدرن موجود تھا۔ مرد و عورت دونوں میں اس کا مساوی رجحان ہوتا ہے (3)۔ تدرن کی ایک دوسری شکل جو حنجرہ کو ماؤف کرتی ہے، ذئبہ (lupus) ہے، جو بلعوم یا ناک سے پھیل آتی ہے۔

مرضی تشریح ۔ درنے مخاطی یا تحت المخاطی بافتوں میں خلیوں کے دقیق اجتماعات کے طور پر واقع ہوتے ہیں، اور شاید یہ سطح پر خفیف ابھار بنا دیتے ہیں، جو کچھ عرصہ میں گرد و پیش کے حصوں کا کم و بیش، اکثر بہت زیادہ، اذیما اور ازاں بعد تقرح پیدا کر دیتے ہیں۔ متاخر اصابتوں میں یہ تقرح سبوجیات، بطینی بندوں، اجبال اور برمزمار پر وسیع طور پر پھیلا ہوتا ہے۔ التہابی عمل شدید اصابتوں میں ریم آفرین عضویوں کی مدد سے زیادہ گہرا پھیل کر عمیق تقیح، گرد غضروفی التہاب (perichondritis) اور غضاریف کا تنخز (necrosis) پیدا کر دیتا ہے۔ جماؤ کے اکثر الوقوع مقامات، پچھلے ملتقی (posterior commissure) کے جوار میں ہوتے ہیں، یعنے بین سبوجی رقبہ، سبوجی جسم کی اگلی سطح اور صوتی زائدے (vocal processes)۔ تواتر وقوع کے لحاظ سے انکے بعد

احبال الصوت (vocal cords) آتے ہیں۔

اسکے **علامات**' مزمن التہاب حنجرہ کے علامات جیسے ہوتے ہیں' اور معمولی شدت کی اصابتوں میں یہ ہوتے ہیں کہ آواز بیٹھی ہوئی ہوتی ہے' روکھی کھانسی بار بار آتی ہے بعض اوقات ابتدائی درجوں میں وظیفی فشل (functional failure) کی وجہ سے آواز بالکل جاتی رہتی ہے۔ اسی طرح آخری درجوں میں احبال صوتی کے تقرح کے نتیجہ میں آواز بالکل جاتی رہتی ہے۔ اور جب تقرح سبوچیات کے پچھلے حصوں پر حملہ آور ہوتا ہے تو بافتوں کے ورم کے باعث یا اُن کے اتلاف اور حنجرہ کی کامل مسدودی تین مزاحمت ہونے کے باعث نہ صرف نگلنے میں درد ہوتا ہے بلکہ نگلنا مشکل ہوجاتا ہے۔ کبھی کبھی کھانسی شدید اور دورے کے ساتھ ہوتی ہے' اور نفث (expectoration) تغیر پذیر ہوتا ہے' جس کا انحصار حنجرہ کی حالت پر اتنا نہیں ہوتا کہ جتنا پھیپھڑوں کی حالت پر ہوتا ہے۔ قلیل التعداد اصابتوں میں تنفس میں بحدر کاوٹ پیدا ہوجاتی ہے۔ ۲ فیصدی اصابتوں میں حنجرہ کوئی مقامی علامات پیدا ہوئے بغیر تدرنی پایا گیا۔

ابتدائی درجوں میں حنجرہ میں غشائے مخاطی کا شحوب (pallor) ظاہر کرتی ہے اور سل ریوی کی بہت سی اصابتوں میں حنجرہ کی قطعی عدم دمویت بالکل ابتدا ہی میں واقع ہوجاتی ہے۔ احبال بطینی بندوں اور پچھلے ملتقی میں امتلائی غیر متشاکل چلکیاں ایک خفیف درجہ کی صفات ہیں۔ یا زیادہ شدید اصابتوں میں ایک بطینی بند یا برمزمار پر ایک انفصالا قرحہ دیکھا جاسکتا ہے۔ جب دررنجتگی واقع ہوتی ہے تو یہ حصے اکثر ایک مخصوص ممیز شکل اختیار کر لیتے ہیں' اور سبوچی برمزماری شکن ایک یا دونوں جانبوں پر متورم ہوکر ایک شاحب گلوبچہ نما یا ناشپاتی نما رسولی کی شکل اختیار کر لیتے ہیں' جس کا قاعدہ پیچھے کی طرف اور نوک آگے کی طرف ہوتی ہے۔ اور جب دونوں ماؤف ہوجاتے ہیں تو یہ اورام خطِ وسطی میں متصادم ہوجاتے ہیں۔ برمزمار ایک دستار نما ورم بنا سکتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ وہی دبازت بطینی بندوں کو ماؤف کردے' لیکن یہ اکثر مخفی رہتے ہیں۔ بالآخر متورم بافتوں پر' نیز احبال الصوت پر' بالخصوص ان کے پچھلے نصفوں میں' قرحے بنجاتے ہیں۔

تشخیص ۔ یہ کچھ تو حنجرہ بینی مناظر سے اور کچھ پھیپھڑوں کی حالت سے کرنی چاہیئے' جو بہت سی اصابتوں میں صریحاً تدرنی ہوتے ہیں۔ سبوچی برمزماری شکنوں کے ناشپاتی نما

اورام اس حالت کا امتیازی خاصہ ہیں' لیکن جب یہ غیر موجود ہوں تو ممکن ہے کہ ایسے مزمن نازلتی التہاب حنجرہ (chronic catarrhal laryngitis) سے اور آتشکی مرض سے تمیز کرنے میں دقت ہو۔ اول الذکر میں تدرنی التہاب حنجرہ کے نسبت کم ورم اور زیادہ امتلاء ہوتا ہے۔ آتشک میں قرحے عموماً زیادہ بڑے' اور زیادہ گہرے ہوتے ہیں' وہ ایک نسبتہً زیادہ ملتہب قاعدے پر واقع ہوتے ہیں' اور منفرد ہوتے ہیں۔ دبازت زیادہ بے قاعدہ ہوتی ہے' اور مرض اکثر ایک جانب ہوتا ہے۔ بعض اوقات سرطانی تقرح کو تدرنی تقرح سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے۔ سرطان اکثر یک جانبی ہوتا ہے اور نسبتہً زیادہ عمر والے مریضوں میں پایا جاتا ہے۔

انذار۔ حنجری تدرن کی موجودگی اسکے ساتھ واقع ہونے والی سل ریوی کے انذار کو زیادہ یاس انگیز بنادیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 171)۔ مڈہرسٹ (Midhurst) میں التہاب حنجرہ سے شفایابی ۴۰ مریضوں میں سے ۲۵ فیصدی میں ہوگئی۔ اکثر و بیشتر جیسے جیسے کہ سل ریوی ترقی یا تقہقر کرتی جاتی ہے' حنجری حالت بھی ترقی یا تقہقر کرتی ہے۔ لیکن ایسا ہمیشہ واقع نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ سل ریوی کے خراب تر ہوجانے پر بھی حنجرہ شفایاب ہوجائے۔ لیکن اگر سل ریوی میں اصلاح ہورہی ہے تو مناسب علاج کے ساتھ حنجرہ کبھی خراب تر نہیں ہوتا۔

علاج۔ پھیپھڑوں میں کے مرض کا علاج کرنا ضروری ہے' جس کا کہ حنجری تدرن فی الحقیقت ایک جزو ہے۔ فنسن (Finsen) کی روشنی کے ذریعہ جسم کی تشدیدی تشعیع کرنے کی حمایت کی گئی ہے مثلاً کوپن ہیگن (Copenhagen) میں حنجرہ کے مقامی علاج میں اہم ترین عنصر یہ ہے کہ مریض بالکل خاموش رہے۔ حتیٰ کہ اسے سرگوشی کی اجازت بھی نہ دی جائے۔ ممکن ہے کہ بعض مریضوں میں اس سے دماغ پر بہت زور پڑے۔ ایسی حالتوں میں گاہے گاہے سرگوشی کرنے کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ جہاں زیادہ دررشحگی (infiltration) موجود ہو بافت کے اندر ایک باریک پلاطینی نوک گہری داخل کرکے گیلوانی کاوی کچوکا (galvanic-caustic puncture) لگانا بہت کامیاب ثابت ہوا ہے' لیکن اسکا استعمال صرف وہیں کرنا چاہئے جہاں پھیپھڑوں میں فاعلی مرض کی کوئی شہادت موجود نہ ہو۔ کوکین (cocaine) کے ۲ فیصدی محلول کے

• قطروں کے اقطار (instillation) سے عدم حسیت پیدا کرنے کے بعد ایک وقت میں تین یا چار کوکے دیئے جاسکتے ہیں۔ یہ کوکا ایک ایسے وقفے کے بعد جو دو ہفتوں سے کم کا نہ ہو' مکرر لگایا جاسکتا ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں درد کیلئے آرتھوفارم (orthoform) اور معدمات حس (anæsthetics) کے ذریعہ حنجرہ کے نفوخات کرنا مفید ہے اور حتیٰ کہ فوقانی حنجری اعصاب میں ایک اشراب کرنا۔ زیادہ بڑھی ہوئی اصابتوں میں قصبہ شگافی کے متعلق غور کیا جاسکتا ہے' تاکہ حنجرہ کو آرام ملے۔

حنجرہ کی آتشک

آتشک' حنجرہ کو متعدد طریقوں سے ماؤف کرتی ہے:۔ موروثی شکل میں شیر خواری اور طفلی کے زمانہ میں۔ اکتسابی شکل میں ثانوی' ثالثی اور درمیانی درجوں میں۔ اکتسابی آتشک کے ثانوی ضرر شاذ ہیں' اور مزمن بیش دمویت (chronic hyperæmia)' اوپری تقرحات' اور قلطاحیات (condylomas) یا مخاطی چکتیاں ہیں' جن میں سے آخرالذکر نہایت شاذ ہوتی ہیں۔ مرض کے آخری درجوں میں حنجرہ کی منتشر دررشتگی نہایت عام ہوتی ہے۔ چھوٹے صمغیات (gummas) جو جسامت میں ایک آلپین کے سر سے لیکر مٹر کے برابر مختلف ہوتے ہیں' اور عمیق تقرحات کبھی کبھی دیکھے جاتے ہیں۔ کبھی کبھی حنجری اذیما اور التہاب گرد غضروفی (perichondritis) مع حنجری تنخر کے پیدا ہو جاتے ہیں' اور ممکن ہے کہ قروح کا اندماب ندبات پیدا کردے' جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حنجرہ کے شدید اعوجاجات (distortions) یا مزمار کے انقباضات پیدا ہو جاتے ہیں۔

علامات ۔ یہ ممیز نہیں ہوتے' اور ضرر کی شدت کے لحاظ سے بہت مختلف ہوتے ہیں۔ آواز بیٹھ جاتی یا جاتی رہتی ہے' کبھی کبھی ابتدائی درجوں میں کھانسی' اور آخری درجوں میں کم و بیش بہر موجود ہوتا ہے۔ سوائے اس صورت کے کہ برمزمار میں صمغیتی تقرح موجود ہو' عسر البلع شاذ ہے۔ ممکن ہے بہر سرعت کے ساتھ پیدا ہو جائے اور اس طرح قصبہ شگافی کی ضرورت لاحق کردے۔

تشخیص ۔ ثانوی التہاب حنجرہ' آتشک کی دوسری امارتوں' مثلاً جلدی طفح کی موجودگی کی بناء پر تشخیص کیا جاتا ہے۔ ثالثی آتشک' باستثناء ایک مثالی صمغیتی قرح کے' تدرن یا

مزمن نازلتی التہاب الحنجرہ کے ساتھ مشابہت رکھتا ہے۔ ایک مثبت واز رمینی کا شفہ تشخیص کا فیصلہ کر دیتا ہے۔

علاج۔ نافع آتشک علاج مستعدی کے ساتھ عمل میں لانا چاہئے۔ ایک عام عقیدہ یہ ہے کہ پوٹاسیئم آیوڈائڈ کے استعمال سے اوذیمائے مزمار (œdema of the glottis) کا پیدا ہو جانا ممکن ہے لیکن یہ درست نہیں ہے۔ حنجرہ کو آرام دینے کے لئے ابتدائی درجوں میں حنجرہ شگافی کا عملیہ کر دینا چاہئے، اس سے پہلے کہ ندبی انقباض کی وجہ سے اس کا کیا جانا ناگزیر ہو جائے۔ آخر الذکر صورت میں مریض کو ساری عمر ایک نلی پہننی پڑتی ہے۔ لیکن مزمار کا اتساع (dilatation) میکانی طور پر عمل میں لانے کی، یا کاٹنے والے کلاب (cutting forceps) یا موسّع (dilator) یا کیّ بالبرق (electric cautery) سے ایک جالے کو کاٹ دینے کی کوششیں کی جا سکتی ہیں۔

حنجرہ کے سلعات

سلعہ حلیمیہ (papilloma) اور **سلعہ لیفیہ** (fibroma) صوتی احبال پر عام ہیں، باقی تمام سلیم سلعات شاذ ہیں۔ ۵ ویرات برمزمار کے ہم پہلو اور وادیچہ میں بروز کرتے ہوئے دیکھے جاتے ہیں لیکن بالعموم یہ علامات سے مبرّا ہوتے ہیں۔

علامات۔ آواز کا بیٹھ جانا۔ اور اگر سلعات لحمیہ متعدد یا بڑی جسامت کے ہوں تو بہر، جو کہ بعض اوقات اس درجہ تک پہنچ جاتا ہے کہ قصبہ شگافی کی ضرورت پڑتی ہے۔

علاج۔ یہ ہے کہ سلعہ کو جراحتی عملیات کے ذریعہ نکال دیا جائے، جن کی تفصیلات کے لئے قارئین کو جراحتی تصنیفات یا خصوصی مقالات ملاحظہ کرنے چاہئیں۔

سلعاتِ خبیثہ (malignant tumours)۔ یہ نہایت عام طور پر سرطانی سلعات (carcinoma) ہوتے ہیں، لیکن لحمی سلعات (sarcoma) بھی واقع ہوتے ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہیں اور عموماً ۵۰ سال کی عمر کے بعد پیدا ہوتے ہیں۔ حنجرہ کے درونی سرطانی سلعات کی ابتدا ازذیل کے مقامات پر

ہوتی ہے:۔ (۱) احبال الصوت پر، بہ پچھلے خطوں کے نسبت زیادہ عام طور پر اگلے اور درمیانی خطوں میں۔ (۲) تحت المزمار (subglottic) خطے میں، زیادہ عام طور پر حنجرہ کے اگلے حصے میں۔ حبل صوتی کا سرطانی سلعہ عرصۂ دراز تک حبل تک اور اس کے ہم پہلو جانب حنجرہ میں محدود رہ سکتا ہے لیکن بالآخر اس کا مقامات ذیل تک پھیل جانا بھی ممکن ہے:۔ (الف) اگلے ملتقیٰ کے آر پار۔ (ب) تحت المزمار خطے میں۔ (ج) اسبوجیبات میں۔ ممکن ہے کہ بالآخر سارا حنجرہ ماؤف ہو جائے۔ آخری درجوں میں یہ متقرح ہو جاتا ہے، اسکے حاشیوں کے آس پاس روئیدگیاں پھوٹ نکلتی ہیں، اور یہ بھی اپنی باری سے متقرح ہو جاتی ہیں۔ اکثر سطح پیپ سے، یا دموی مخاطی پیپ (sanguineous muco-pus) سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، اور کبھی کبھی آزادانہ نزف ہو سکتا ہے۔ اذیمائی التہاب حنجرہ اور التہاب گرد غضروفی (perichondritis) بطور پیچیدگیوں کے واقع ہوتے ہیں۔ اس میں شبہ نہیں کہ بعض اوقات بلعوم کے سرطانی سلعہ کے پھیلنے سے حنجرہ ماؤف ہو جاتا ہے (حنجرہ کا بیرونی سرطانی سلعہ)۔

علامات ۔ ابتدائی ترین علامت یہ ہے کہ آواز بیٹھ جاتی (huskiness) ہے یا بھرائی ہوئی ہوتی ہے۔ حنجرہ بین سے امتحان کرنے پر ایک رسولی ظاہر ہوتی ہے۔ ابتدائی ترین درجوں میں حبل صوتی اکثر حرکت پذیر ہوتی ہے، لیکن جب بالیدہ پھیل جاتی ہے تو مثبت ہو جاتی ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ شدید درد اور بہر (dyspnœa) ہو۔ جوں جوں تقرح بڑھتا جاتا ہے تنفس بدبودار ہوتا جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ نزف واقع ہو جائے۔ تاوقتیکہ مرض کا اخیر درجہ نہ ہو، غدد کا ماؤف ہونا بہت شاذ ہے۔

تشخیص کا انحصار، آخر الامر حیوی معائنہ (biopsy) پر ہوتا ہے۔

انذار ۔ اگر اس حالت کی تشخیص ابتدائی ترین درجہ میں ہو گئی ہے تو انذار نسبتہً زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ اکاون مریضوں کے ایک سلسلہ میں جن میں حنجری انشقاق (laryngo-fissure) کے بعد رسولی نکالدی گئی تھی، ایک سے تیرا سال بعد تک ۸۰ فیصدی میں نکس مرض نہیں ہوا، لیکن ان میں سے چوتھائی مریض دوسرے اسباب سے ہلاک ہو گئے۔ ۱۴ فیصدی میں مقامی نکس (local recurrence) واقع ہوا۔ فوری عملیتی ہلاکت نہایت تھوڑی تھی (۰)۔

علاج یہ ہے کہ حنجری انشقاق (laryngo-fissure) کے بعد رسولی کا استیصال کر دیا جاتا ہے۔ یا یہ کہ درقی جناح میں سے ایک دریچہ بنا جزوی استیصال کیا جاتا ہے اور اس کی راہ سے بالید کے بیرونی رخ تک ریڈیم سوئیاں داخل کی جاتی ہیں۔

حنجرہ میں اجسامِ غریبہ

(foreign bodies in the larynx)

مختلف اوقات میں حنجرہ کے اندر کثیر التعداد اجسام غریبہ (foreign bodies) داخل ہو گئے ہیں۔ انہیں میں سے مٹر، پھلیوں کے بیج (beans)، بٹن، سکے، ہڈیوں کے ٹکڑے، کوڑیاں، سنگریزے، مصنوعی دانت، ٹھوس غذا کے ٹکڑے، اور بچوں کے کھلونوں کے ٹکڑے ہیں۔

علامات کی تقسیم تین درجوں میں کیجا سکتی ہے:۔ (۱) ابتدائی تشنج (initial spasm) جو کہ کھانسی کے ایک شدید دورے کی شکل میں ہوتا ہے، جس سے بالعموم داخل شدہ شئے نکل جاتی ہے۔ اگر یہ واقع نہ ہو تو ممکن ہے کہ تسدّد فوراً مہلک ثابت ہو جائے۔ لیکن اگر ایسا نہ ہو تو اسکے بعد (۲) ایک زمانۂ سکون (quiescent period) واقع ہوتا ہے، جو چند گھنٹوں سے لیکر بہت برسوں تک قائم رہ سکتا ہے۔ علامات اتنے خفیف ہو سکتے ہیں کہ مریض یا اس کے احباب کو ہمیشہ یہ معلوم نہیں ہوتا کہ ایک جسم غریب اندر داخل ہو گیا ہے۔ (۳) درجۂ التہاب، جو سرایت کے باعث ہوتا ہے، ثانوی علامات، آواز کا بیٹھ جانا (hoarseness)، درد، کھانسی، وغیرہ پیدا کر دیتا ہے۔

ہر درجہ میں جسم غریب کی وضع کا تغیر دفعۃً موت پیدا کر سکتا ہے۔

علاج ۔ پہلے درجہ میں سر کو پکڑ کر نیچے جھکانا مفید ہے تاکہ جسم غریب اپنی جگہ سے ہٹ کر نکل جائے۔ اگر علامات خطرناک نظر آئیں تو قصبہ شگافی (tracheotomy) کا عملیہ کر دینا چاہئے۔ دوسرے درجہ میں جسم غریب کا تعیّنِ مقام کر کے اسے ایک دروں بین (endoscope) کی وساطت سے نکال دینا چاہئے۔ اگر جسم غریب لا شعاعوں (X-rays) کے لئے غیر شفاف ہے تو یہ بھی اسکے تعیّنِ مقام کیلئے

مفید ہو سکتی ہیں۔

عضلاتِ حنجرہ کا شلل

چونکہ بازگرد حنجری عصب (recurrent laryngeal nerve) یعنے حنجرہ کا خاص حرکی عصب ایک ممیز و مخصوص اثر رکھتا ہے، لہٰذا ان عضلات کا شلل، بسا اوقات اس سے بہت زیادہ تشخیصی اہمیت رکھتا ہے کہ جتنی ایک مقامی طور پر پیدا ہونے والی تکلیف کی ہوتی ہے۔ لیکن یہ نہ صرف اعصاب حنجری کے ضررات سے، بلکہ ان کے مبدار سے اوپر عصب تائیہ کے ضررات سے، اور جہاں نواتے واقع ہیں وہاں نخاع مستطیل کے ضررات سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ چنانچہ حنجری شلل بصلی شلل (bulbar paralysis) کا جزو ہوتا ہے، یا آتشک سے اور سلعات سے جو کہ نخاع مستطیل کو اور پچھلے جمجمی حفرہ کے ام جافیہ کو متاثر کرتے ہیں، پیدا ہوتا ہے، اور کبھی کبھی ہزال ظہری (tabes dorsalis) شلل عمومی (general paralysis) نخاعی جوفیت (syringomyelia) اور منتشر تصلب (desseminated sclerosis) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ عصب تائیہ گردن میں کی رسولیوں اور بڑھے ہوئے غدد سے دب جائے، یا گولیوں کے زخموں یا چیر کوں (cuts) سے، جو حادثہ کا نتیجہ ہوں یا جراحی عملیہ کے دوران میں لگے ہوئے ہوں متضرر ہو جائے۔ بازگرد حنجری اعصاب دو مقامات پر خطرے میں ہوتے ہیں، یعنے سینہ اور گردن میں اور چونکہ بایاں عصب محراب اورطی کے گرد خم کھاتا ہے اسلئے اُسکے متضرر ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے، لیکن دایاں عصب زیر ترقوی شریان سے نیچے نہیں جاتا مزمن سلِ ریوی (chronic phthisis) میں راسِ شش پر کی لیفی دبازت کے اندر ان دونوں میں سے کوئی بھی ماؤف ہو سکتا ہے، لیکن بایاں عصب محراب اورطی کے انورسماؤ اسلی سلعات (mediastinal tumours) بڑھے ہوئے شعبی غدد، اور مطرالی ضیق (mitral stenosis) کی اصابت میں ایک متسع بائیں اُذین سے دب جانے کا خاص امکان رکھتا ہے۔ گردن میں دونوں اعصاب حنجرہ کے طرف صعود کرتے ہوئے قصبۃ الریہ اور مری کے درمیان واقع ہوتے ہیں، چنانچہ ممکن ہے کہ آخر الذکر کے سرطانی سلعہ میں دونوں بیک وقت ماؤف ہو جائیں، یا بڑھے ہوئے جسم درقی سے دب جائیں۔ شلل کا وقوع

ڈفتھیریا، انفلوئنزا، التہاب ر ماد الدماغ (polio-encepalitis) اور دوسرے سار ی امراض، مزمن الکحلیت، اور سیسہ اور سنکھیا کے زہر کے باعث بھی ہو سکتا ہے۔

ان تمام مثالوں میں شلل، سب سے پہلے احبال صوتی کے مبعد عضلات کو متاثر کرتا ہے اور بعد میں مقرب عضلات ماؤف ہوتے ہیں۔ جب صرف مقرب عضلات کا فعل زائل ہو تو عارضہ وظیفی (functional) یا ہسٹیریائی ہوتا ہے (ملاحظہ ہو ما بعد صفحات)

صوتی احبال کا مکمل شلل۔ جب جبل صوتی کو حرکت دینے والے تمام عضلات مشلول ہو جاتے ہیں تو جبل، تقریب اور تبعید کے درمیان ایک وضع، جس کو جیفی وضع (cadaveric position) کہتے ہیں، اختیار کر لیتی ہے۔

ایسی صورت میں آواز کمزور ہوتی ہے، اور اگر زور سے بولنے کی کوشش کی جائے تو آواز کا ارتفاع (pitch) بلند ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے یہ دھیمی ہو کر سرگوشی کی سی ہو جائے۔ کھانسنا ناممکن ہوتا ہے، نیند کے دوران میں پرشور صرصرہ پایا جاتا ہے، حقیقت یہ ہے کہ ڈھیلے احبال کے باہم چپسے جانے کی وجہ سے جو اختناق کا خطرہ ہے وہ قصبہ شگافی کی ضرورت لاحق کرتا ہے۔ یہ حالت مثالی طور پر ہزال ظہری (tabes dorsalis) میں دیکھی جاتی ہے۔

عضلات مُبَعِّدہ کا شلل (paralysis of the abductors)۔

اگرچہ کہ بازگرد حنجری اعصاب میں، جو حلقی درقی عضلہ (crico-thyroid) کے سوائے حنجرہ کے تمام عضلات کو عصبی رسد پہنچاتے ہیں، عضلات مُقَرِّبہ (adductors) اور عضلات مُبَعِّدہ (abductors) دونوں کے لئے ریشے موجود ہونے چاہئیں، تاہم یہ حیرت ناک واقعہ ہے کہ ان اعصاب کے جلی ترقی پذیر ضررات (سلعات یا انورسما سے بچاؤ ہونا) ابتداءً صرف عضلات مُبَعِّدہ (abductors) (پچھلے حلقی سبوچی عضلات = crico-artænoidei posterior) کا شلل پیدا کرتے ہیں۔ بعد میں ہوتا ہے کہ داخلی عضلات ناشرہ (internal tensors) (درقی سبوچی عضلات = thyro-arytænoidei) متاثر ہوتے ہیں اور سب سے آخر میں خاص

عضلات مُقرّبہ (adductors) (حلقی مُسوی جانبی عضلات = crico-arytænoidei laterales) ماؤف ہوتے ہیں۔ مُبعّد ریشے ایک علیحدہ بنڈل بناتے ہیں، جو کُتّے کے بازگرد حنجری عصب میں مقرّب ریشوں سے اندر کی طرف واقع ہوتا ہے (Risien Russell)۔ لیکن سارے عصب کو ماؤف کرنے والے ضررات سے اُن کے زیادہ ماؤف ہوجانے کے امکان کی وجہ جیسا کہ تجربہ سے بتلادیا گیا ہے، بظاہر یہ ہے کہ وہ بیرونی اثرات کی مدافعت کی قوتیں نسبتہً کم رکھتے ہیں۔ عضلاتِ مبعّدہ کا شلل نخاعِ مستطیل کے ضررات سے بھی پیدا ہوتا ہے، جہاں یہ خیال کیا جاسکتا ہے کہ اُس کا انحصار بعض اوقات مبعّد ریشوں کے نواتہ کی جُداگانہ ماؤفیت پر ہے، اگرچہ ایسے حالات کے تحت تنہا عضلات مُقرّبہ کا شلل کبھی نہیں پیدا ہوتا۔ عضلات مبعّد کے اِس طریقہ سے پیدا ہونے والے شلل کے عام ترین متلازمات آتشک اور ہزال (tabes) ہیں۔ یہ نوٹ کرنا چاہیئے کہ عضلات مبعّدہ کے کوئی فوق النواتہ (supra-nuclear) ضررات نہیں ہوتے۔ غالباً عضلات مُبعّدہ کا شلل بعض اوقات ایک ایسے تغیر کا نتیجہ ہوتا ہے جو اوّلی طور پر عضلہ کے اندر واقع ہوتا ہے۔

ضرر کا یہ اثر ہوتا ہے کہ دورانِ تنفس میں حبلِ صوتی، چونکہ وہ کامل طور پر تبعید یافتہ (abducted) نہیں ہوتی، لہٰذا جثہی وضع میں رہتی ہے، اور ابتداءً ہوا کے گذر کے لئے وافر فضا دیتی ہے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد مخالف العمل عضلہ، یعنے عضلۂ مُقرّبہ (adductor) منقبض ہوجاتا ہے، اور حبلِ صوتی تقریب (adduction) کی وضع میں کھِنچ آتی ہے۔ اِس طرح عضلات مُبعّدہ کے دوجانبی شلل میں احبال الصوت مستقلاً خطِ وسطی میں ایک دوسرے سے قریب آجاتے ہیں اور اُن کا درمیانی فاصلہ ½ انچ سے کم رہجاتا ہے۔ تصویت کی کوشش کرنے پر وہ خطِ درمیانی میں پورے طور پر مل جاتے ہیں۔ شہیق کرنے پر وہ جُدا نہیں ہوتے بلکہ ایک دوسرے سے قریب تر کھِنچ آتے ہیں۔ زفیر کرنے پر وہ شاذ ہی حرکت کرتے ہیں، یا شہیق میں جو اُن کی خفیف سی حرکت ہوئی تھی اُس کے برعکس معنوں میں حرکت کرتے ہیں۔ اہم علامت بُہر (dyspnœa) ہے، جو مزمن مارکی مستقل تنگی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ عموماً دورانِ شہیق میں صر صر (stridor) ہوتا ہے، جو زور لگانے پر خراب تر ہوتا ہے، اور نیند میں اکثر نہایت بلند ہوجاتا ہے۔ آواز صاف، یا کسی قدر بھی ہوئی ہوتی ہے۔ کھانسنے کا عمل پورے طور پر انجام دیا جاسکتا ہے۔

جب صرف ایک حبل صوتی مشلول ہوتی ہے تو پھر صرف زور لگانے پر ہوتا ہے، اور صرصرہ کم یا غیر موجود ہوتا ہے۔ تصویت کرنے پر تندرست حبل صوتی، مشلول حبل صوتی سے خط وسطی کے آگے ہو کر مل جاتی ہے، اور آواز طبعی رہتی ہے۔

تشخیص۔ عضلات مبعّدہ کا شلل ان حالتوں سے خلط ملط ہو سکتا ہے۔ عضلات مقرّبہ (adductors) کا تشنج، تقریب کی وضع میں سہوچیات کی جسائو (ankylosis)، اور احبال الصوت کا بگڑا ہوا فعل جس میں وہ دوران شہیق میں بجائے باہر کے طرف کے اندر کی طرف حرکت کرتے ہیں۔ جب سہوچیہ جاسی (ankylosed) ہوتا ہے تو حبل صوتی بالکل ثبت شدہ ہوتی ہے، اور مفصل کے گرد و پیش عموماً کچھ دبازت ہوتی ہے۔

یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ وہ ضرر جو عضلات مبعّدہ کا یک جانبی یا دو جانبی شلل پیدا کرتا ہے، دباؤ (انورسما، رسولی) سے یا ندبہ (cicatrix) (آتشک) کی وجہ سے ساتھ ہی قصبۃ الریہ کی تنگی بھی پیدا کر سکتا ہے، اور ایسی صورت میں آخر الذکر کی وجہ سے جو صرصرہ (stridor) اور پھر پیدا ہوتا ہے وہ غلطی سے اول الذکر کے ساتھ منسوب کیا جا سکتا ہے۔ قصبی تنگی عموماً زفیری اور شہیقی صرصرہ پیدا کر دیتی ہے۔ تاہم حنجری تنگی کی موجودگی میں ایک قصبی تسدد کو یقینی طور پر شناخت کر لینا کسی طرح آسان نہیں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 129)۔ اسکے بعد شلل کے بعید سبب کو، دوسرے علامات (مثلاً ہزال نخاع اور مرکزی عصبی ضررات کی طرف اشارہ کرنے والے، یا صدری انورسما یا گردن اور سینہ کی رسولیوں کی طرف اشارہ کرنے والے علامات) پر غور کر کے تشخیص کرنا پڑتا ہے۔ بائیں حبل صوتی کے شلل کا ایک نہایت کثیر الوقوع سبب انورسما ہے۔ ممکن ہے کہ امتحان و انورسما اور راجعی شعاعوں کا استعمال کرنا پڑے۔

انذار عموماً خطرناک ہوتا ہے۔ بہ استثناء اس صورت کے کہ جہاں آتشک سبب مرض ہو، شفایابی کی بہت کم امید ہے۔ جب دونوں طرف بعیدی شلل موجود ہو تو دم گھٹ کر موت کے واقع ہو جانے کا خطرہ ہمیشہ موجود رہتا ہے۔ اگر عضلات مقربہ (adductors) بعد میں مشلول ہو جائیں تو تنفس کے تسدد میں کمی واقع ہو جاتی ہے، لیکن بے صوتی (aphonia) پیدا ہو جاتی ہے۔ ایسے اولی ضرر مثلاً سرطان مری (œsophageal cancer) یا دوسرے انورسما سے موت واقع ہو سکتی ہے۔ پرانی طویل المدت

اصابتوں میں پچھلے حلقی سبوحی عضلات بالکل مذبول ہوجاتے ہیں۔

علاج۔ اگر دو طرفے شلل کا سبب مرکزی ہے، یا اگر آتشک اس کا سبب ہے تو مستعدی کے ساتھ دافع آتشک علاج کا انتظام کرنا چاہئے۔ لیکن اگر چند ہفتوں میں کوئی اصلاح نہ ہو اور اگر بہر مستقل ہو یا شبانہ حملے واقع ہوتے ہوں تو قصبہ شگافی کا عملیہ کر دینا چاہئے اور نلی ہمیشہ لگائے رکھنا چاہئے۔

یک جانبی شلل میں اختناق (asphyxia) کا خطرہ نسبتہً کم ہوتا ہے، اور علاج میں بالخصوص ازالۂ سبب کا خیال رکھنا چاہئے۔ 210

عضلاتِ مُقرّبہ کا شلل (paralysis of the adductors)۔ یہ ایک فعلی اختلال ہے، اور تنہا ساخت کے ضررات سے اس کا وقوع شاذ ہوتا ہے۔ عضلاتِ مُقرّبہ یہ ہیں:۔ جانبی مُقرّبات یعنی حلقی سبوحی جانبی عضلات (crico-arytænoidei laterales) اور مرکزی مُقرّب یعنی عضلۂ سبوحیہ حقیقی (arytænoideus proprius)۔ عضلۂ درقی سبوحی (thyro-arytænoidei) کے اندرونی ریشے یعنی داخلی عضلاتِ ناشرہ (internal tensors) بھی احبال الصوت کے اگلے حصوں کے مُقرّب کے طور پر عمل کرتے ہیں۔ عضلاتِ مُقرّبہ کی عام ترین قسم میں یہ سب ماؤف ہوجاتے ہیں۔ حنجرہ بین سے امتحان کرنے پر مزمار چوڑا کھلا ہوا دکھلائی دیتا ہے۔ بولنے کی کوشش کرنے پر احبال الصوت بمشکل حرکت کرتے ہیں، بلکہ حنجرہ کے جوانب میں ساکن رہتے ہیں۔ چونکہ احبال ایک دوسرے سے قریب نہیں لائے جا سکتے، لہٰذا مریض صرف سرگوشی میں بات کر سکتا ہے اور کوئی حنجری آواز نہیں پیدا ہوتی، اگرچہ ممکن ہے کہ بعض اوقات زور لگانے سے احبال ایک لمحہ کے لئے متماس ہوجائیں۔ کھانسنا، جس میں غیر ارادی معکوس فعل کے ذریعہ احبال الصوت ایک دوسرے سے قریب لائے جاتے ہیں، عموماً کامل طور پر ہوتا ہے۔ اور مزمار کی کھلی ہوئی حالت کی وجہ سے بہر (dyspnœa) نہیں ہوتا۔ یہ فعلی یا ہسٹیریائی بے صوتی (functional or hysterical aphonia) کہلاتی ہے، لیکن یہ اکثر حنجرہ کی خفیف سی نازلت سے شروع ہوجاتی ہے، مثلاً سل ریوی کے ابتدائی ترین درجہ میں، یا خراشِ حلق سے، یا دوسری مقامی تکلیف سے، خواہ یہ واضح طور پر ہسٹیریائی اشخاص میں ہوں یا عدم دمویت یا عام کمزوری

دوسرے مریضوں میں۔ مدنی مزاولت میں یہ جذباتی صدمہ (emotional shock) کی وجہ سے نوجوان عورتوں اور لڑکوں میں واقع ہوتی ہے اور فرد خوف کی وجہ سے ساکت ہو جاتا ہے۔ میدانِ جنگ کے معذور الخدمت قرار دئیے ہوئے سپاہیوں میں بے صوتی کی کثیر التعداد اصابتوں میں سے بیشتر کی توجیہ بھی یہی ہونی چاہئیے، بالخصوص جبکہ وہ تو پوں کی گولہ باری کی زد میں رہ چکے ہوں، یا دھماکوں کے بعد مدفون ہو گئے ہوں، یا کسی اور طرح سے براہِ راست زخمی ہو چکے ہوں۔ بعض اصابتیں ایسی ہیں کہ جن میں بچہ شکن انبوبہ نصب شدگا فی (tracheotomy tube) کو نکال دینے کے بعد جبکہ وہ چند ہفتوں تک پہنا جا چکا ہو، بولنے سے قاصر رہتا ہے، یہ بھی عضلاتِ مقرّبہ کے فعلی [illegible] (functional adductor paresis) کے باعث ہوتی ہیں۔

بعض اوقات عضلاتِ مقرّبہ کا شلل کم وسیع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ تنہا [illegible] عضلاتِ ناشرہ (internal tensors) ہی ماؤف ہوں، چنانچہ [illegible] کی کوشش پر احبال الصوت کا تماس پیدا نہیں ہوتا، اور حبلِ صوتی اپنے اگلے [illegible] خطِ وسطی کی سمت ایک مقعر حاشیہ پیش کرتی ہے۔ اور بعض اوقات مرکزی مقرّب عضلہ (central adductor) مشلول ہو جاتا ہے، اور اس صورت میں احبال الصوت کے اگلے حصے متماس ہوتے ہیں اور پیچھے سبوچی کُریوں کے درمیان ایک مثلثی فضا کھلی رہ جاتی ہے۔ یہ آخری دو قسمیں نازلتی التہابِ حنجرہ (catarrhal laryngitis) کے دوران میں غیر عام نہیں۔ ممکن ہے کہ یہ دونوں ایک ساتھ [illegible] ہوں، اور [illegible] طرح آگے اور پیچھے [illegible] پیدا کر دیں، اس حالت میں کہ صوتی زائدات (processus vocales) متماس رہیں۔ ان اصابتوں میں آواز کا جاتا رہنا اتنا مکمل نہیں ہوتا جتنا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔

ان حالتوں کی تشخیص حنجرہ بین (laryngoscope) سے بہ آسانی ہو جاتی ہے۔ بلکہ اس کے بغیر بھی، مریض کی بے آوازی اور بہری کھانسی اور نفث (expectoration) کی غیر موجودگی اور بالارادہ کھانسنے کی قوت کافی طور پر ممیز ہیں۔ لیکن اگر نازلت کی کوئی مرئی شہادت موجود ہو تو اس کے بنیادی نذرّنی ضرر کے امکان کو فراموش نہیں کرنا چاہئیے۔

انذار امید افزا ہوتا ہے اور بہت برسوں کے مریضوں کا بالآخر شفایاب

ہوجانا ممکن ہے۔

علاج ۔ فعلی بے صوتی کو ہسٹیریا کی ایک علامت سمجھنا چاہیئے اور اُسی کی طرح
اُس کا علاج کرنا چاہیئے۔ بیشتر اصابتوں میں وہ الیعاذ (suggestion) اور باز تربیت
(re-education) کے ذریعہ دُور کی جا سکتی ہے۔ بعض مثالوں میں پہلے یہ حقیقت
سمجھا دینا چاہیئے کہ یہ کمزوری کسی عضوی مرض کے باعث نہیں، بلکہ کم و بیش ایک فراموش شدہ
عادت کی قسم سے ہے، پھر مریض کو کھانسنے اور اِس شور کو "آ آ" ("a-a-h") کی شکل
میں لمبا کرنے پر مائل کرنا چاہیئے۔ اِس سے اُسے حرف "اے" ("A") پر لیجاتے ہیں اور
اسی طرح، حروفِ علت سے شروع کرکے سارے حروفِ تہجی ختم کرادئیے جاتے ہیں۔ اب
مریض کی دلچسپی ہوتی ہے اور اُس پر یہ روشن ہوجاتا ہے کہ وہ لفظوں اور جملوں کے
بنانے میں ٹھیک طور پر تقویت کرسکتا ہے۔ اگر تمارُن کا کوئی شبہ ہو تو یہ طریقہ نہیں
استعمال کرنا چاہیئے۔ دوسری اصابتوں میں باہر کی طرف حنجرہ کے قرب و جوار میں یا حلق کی
پُشت پر فیرادی رَو کا لگانا ایک اُکھڑ الیعاذی علاج (crude suggestive treatment)
کے طریقہ کے طور پر مفید ہوسکتا ہے۔ اگر ایسے طریقوں سے علامت پر اثر نہ پڑے یا وہ
عود کر آئے، یا اگر وہ ہسٹیریا کی دوسری شہادتوں کے ساتھ متلازم ہو تو مزید علاج اُن اصول
پر اختیار کرنا چاہیئے جن کی سفارش اِس عنوان کے تحت کی گئی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 791)۔

211

تشنج مزمار

(spasm of the glottis)

اس مرض میں عضلاتِ مُقرّبہ (adductors) تشنجی طور پر منقبض ہوکر مزمار کی
کامل مسدودی واقع ہوجاتی ہے جو ہوا کے داخلہ کو روکدیتی اور اختناق (asphyxia) بلکہ
موت پیدا کرتی ہے۔ یہ ہر عمر میں ہوسکتا ہے، لیکن شیرخواروں میں اس کی مندرجہ ذیل
صورت بالخصوص کثیر الوقوع ہے۔

صرصری تشنج حنجرہ (laryngismus stridulous) (تشنجی کسّاؤ spasmodic croup: نعیب الطفل: childcrowing) یہ تین ماہ اور دو سال کی عمر
کے درمیان واقع ہوتا ہے، اور لڑکیوں کے نسبت لڑکوں میں زیادہ عام ہے۔ اِس میں

ناقص صحی حالات ممد ہوتے ہیں، اور یہ غربا میں، اور اُن بچوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے جنھیں اوپر کی غذا دی گئی ہو، یا جنھیں بیمار اور نیم فاقہ زدہ ماؤں نے دودھ پلایا ہو۔ اصابتوں کی غالب تعداد (۵۰ فیصدی) میں کساحت (rickets) کے آثار موجود ہوتے ہیں، اور یہ مرض اکثر اُن بچوں میں لاحق ہوتا ہے جو تکزز (tetany) کے علامات رکھتے ہیں۔ صدری تشنج حنجرہ کالی کھانسی کے بعد بھی واقع ہوجانے کا امکان رکھتا ہے۔ اسکے حملے شبانہ روز ہوتے ہیں، لیکن متعدد اسباب تشنج کی تحریک پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً رونا، چھاتی چوسنا، تیز حرکات، حنجرہ سے نیچے دودھ کا داخل ہوجانا، معدہ میں ناقابل ہضم غذا کی موجودگی، تسنین (dentition) کی خراش، اور سخت غصہ میں آنا۔ لیکن اکثر بلا کسی ایسے نمایاں پیشرو کے حملے واقع ہوجاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بچہ خاصی اچھی صحت کی حالت میں ہو اور اسی وقت یہ دیکھنے میں آئے کہ وہ کبھی کبھی ایک خفیف نعیب نما آواز (crowing sound) نکالتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایسا وقفوں کے ساتھ مکرر ہو اور کوئی اندیشہ نہ پیدا کرے، لیکن بتدریج ایسا زیادہ بار بار ہونے لگتا ہے۔ تنفس میں مداخلت جو ابتداءً صرف نعیب سے ظاہر ہوتی تھی، کچھ عرصہ کے بعد زیادہ نمایاں ہوجاتی ہے۔ سانس موقوف ہوجاتی ہے، سینہ مثبت اور چہرہ شاحب اور کبود ہوجاتا ہے، سر پیچھے کو گر جاتا ہے، اور وجہی عضلات میں قدرے جھٹکے واقع ہوتے ہیں۔ تھوڑے عرصہ بعد تشنج ڈھیلا پڑ جاتا ہے، اور ہوا ایک بلند نعیب نما شور کے ساتھ مزمار کی راہ سے اندر داخل ہوتی ہے جو اب بھی نامکمل طور پر ہی کھلا ہوا ہوتا ہے۔ بچہ اور چند ہی منٹ کے بعد اپنے کھلونوں میں پھر مشغول ہوجاتا ہے۔ شدید ترین اصابتوں میں مزمار کے تشنج کے ساتھ تکززات (tetany) کے رسغی قدمی انقباضات (carpopedal contractions) بھی ہوتے ہیں۔ انگلیاں خمیدہ ہوکر ہتھیلیوں میں آجاتی ہیں، انگوٹھا انگلیوں کے اندر ہوجاتا ہے اور ہاتھ کلائی پر خمیدہ ہوجاتا ہے۔ ٹانگیں پھیل جاتی ہیں، پاؤں ٹانگوں پر خمیدہ ہوجاتے ہیں، تلوے اندر کی طرف مڑ جاتے ہیں، اور پاؤں کا انگوٹھا دوسری انگلیوں سے دور ہٹ جاتا ہے۔ ان پر عمومی تشنجات (general convulsions) مستزاد ہوسکتے ہیں۔ کبھی کبھی دورے کے دوران میں تنفس بالکل موقوف ہوجانے کی وجہ سے موت واقع ہوجاتی ہے۔ اور چونکہ نعیب دراصل اس امر کی علامت ہے کہ

شنج ڈھیلا پڑ رہا ہے لہٰذا یہ دیکھا جائے گا کہ مہلک اصابتوں میں موت نہایت خموشی کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ علامات نہایت ممیز ہوتے ہیں اور کسی دوسرے مرض کے علامات سے بہ آسانی خلط ملط نہیں ہوتے۔ بخار کی غیر موجودگی، حملہ کی قلیل المدتی، دوروں کے درمیانی حالت کا بالکل تندرست ہونا، یہ سب اسے التہاب حنجرہ سے ممیز کرتے ہیں۔ جسم غریب کی موجودگی اس سے مشابہت پیدا کر سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 207)۔

انذار۔ بیشتر مریض کلی طور پر شفایاب ہو جاتے ہیں، لیکن کبھی کبھی موتوں کا اندراج ہوا ہے۔

علاج۔ اس پر مریض کی عام صحت اور حملوں کے وقوع کے لحاظ سے غور کرنا پڑتا ہے۔ بچہ کو فی الفور حتی الوسع بہترین صحی حالات کے تحت رکھنا چاہیئے:۔ یعنے تازہ ہوا، خوب ترویج وار کمرے، اور جہاں اس کی غذا ناکافی یا ناموزوں ہو اس میں اصلاحات کی جائیں (ملاحظہ ہو کساحتہ) اور آنتوں کی طرف توجہ کی جائے۔ دواءً کاڈ مچھلی کا تیل (cod liver oil) یا کاڈ مچھلی کا تیل معہ خلاصہ مالٹ (malt extract) کے نہایت مفید ہے، اور پوٹاسیئم برومائڈ بچہ کی عمر کے لحاظ سے ۲ تا ۵ گرین کی خوراکوں میں دن میں تین بار، اور کلورل (chloral) کی تھوڑی مقداریں دی جا سکتی ہیں۔ اگر حملے خفیف ہوں، تو بچہ کو سر سے پاؤں تک روزانہ دو یا تین بار، بہ لحاظ موسم، ٹھنڈے یا نیم گرم پانی سے اسفنج کر دینے سے وہ جلد رک جاتے ہیں۔ زیادہ شدید دوروں میں، سر کو اٹھا ہوا رکھنا چاہیئے، سرد پانی سے بھگوئے ہوئے تولیہ سے اسکی جسم کی سطح اور چہرے کو تھپکنا چاہیئے، اور نتھنوں کے قریب امونیا یا ایسیٹک ترشہ تھام رکھنا چاہیئے، یا اسکے بدن کو گرم پانی میں ڈبو کر سر اور چہرے پر ٹھنڈا پانی ڈالنا چاہیئے۔ انگلی ڈالکر اسکے بر مزمار (epiglottis) کو آگے کی طرف کھینچ لینا چاہیئے۔

212 شنج مزمار بالغوں میں۔ یہ زیادہ اکثر التہاب حنجرہ، اڈیمائی حنجرہ، شللی حالتوں، یا اجسام غریبہ کی موجودگی کے تعلق میں واقع ہوتا ہے، نیز یہ صرع (epilepsy)، داء الرقص (chorea)، کزاز (tetanus)، آب ترسی (hydrophobia)، اور ہزال ظہری (tabes dorsalis) میں ایک خطرہ ہو سکتا ہے۔ آخر الذکر مرض میں یہ حنجری حرجبہ

(laryngeal crisis) کی شدید ترشکل ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 679) ۔ اور یہ ایک تندرست حنجرہ میں ہو سکتا ہے، یا ایسے حنجرہ میں ہو سکتا ہے جو کہ شلل سے پہلے ہی ماؤف ہو اور ایسی صورت میں شلل بالعموم مُبعِّد قسم کا ہوتا ہے۔ حنجرہ کے اندر ریق، یا غذا یا مشروب کے چھوٹے ذرات کا داخلہ نہایت خطرناک تشنج پیدا کر سکتا ہے، اور اکثر حنجرہ کی مخاطی جھلّی پر دوا آمیز محلولات کے لگانے سے بھی کسی قدر تشنج پیدا ہو جاتا ہے۔ تشنج مزمار اکثر ہسٹیریا کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اسی سے ملتا ہوا ایک فعلی تشنج (صوتی تشنج = phonic spasm یا صوتی صعوبت = mogiphonia) ہے جو بعض عصبانی اشخاص میں بولنے کی مشقت سے شروع ہو جاتا ہے اور بولنے کی کوشش چھوڑ دینے پر ڈھیلا پڑ جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ صرف اُن لوگوں تک محدود ہو جو آواز کو عام مجمعوں میں استعمال کرتے ہیں، جیسے کہ گانے والے اور پڑھانے والے۔

علاج ۔ پہلی جماعت کی اصابتوں میں کلوروفارم (chloroform)، ایمل نائٹرائٹ (amyl nitrite)، ویپر کونائی (vapour coninæ)، یا جلتے ہوئے سٹرامونیئم (stramonium) کا استنشاق کرانا چاہئے، بشرطیکہ یہ وقت پر میسر آجائیں ورنہ ممکن ہے کہ تفعیہ شگافی کی ضرورت لاحق ہو۔ متوالی حملوں کے لئے برومائڈز (bromides) دئے جا سکتے ہیں۔

ہسٹیریائی اصابتوں کے لئے ہسٹیریا کا عام علاج ضروری ہوتا ہے۔ اور دوسری فعلی حالتوں کا علاج بھی مریض کی عام حالت کے لحاظ سے، نیز تنفسی ورزشوں (breathing exercises) اور تصویتی ورزشوں (exercises in voice production) سے کرنا چاہئے۔

پیدائشی حنجری صَرصَرہ

(congenital laryngeal stridor)

کبھی کبھی شیر خواروں میں ایک حنجری اختلال لاحق ہو جاتا ہے، جس میں سانس کے ساتھ ایک مخصوص و عجیب غرغوں کی آواز (croaking sound) سنائی دیتی ہے۔ عموماً یہ پہلے پیدائش کے بعد جلد ہی سنائی دیتی ہے، اور طویل عرصوں تک، شاید

سارے دن اور رات بھر جاری رہتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ ایک وقت میں چند گھنٹوں کے لئے غیر موجود ہو۔ یہ غرغون شہیق کے ساتھ واقع ہوتی ہے اور یا تو ایک کرخت (rough) آواز ہوتی ہے، یا زیادہ صاف اور موسیقی۔ زفیر (expiration) خاموشی کے ساتھ ہوتا ہے۔ کھانسی اور بچہ کا رونا عموماً طبعی قسم کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بین الاضلاع فضا میں قدرے اندر کو دھنسی ہوئی ہوں، لیکن کوئی کبودی (lividity) شاذ ہی ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں یہ شور دوران خواب میں ہمیشہ موجود ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں غیر موجود ہوتا ہے۔ جب بچہ ہشاش بشاش یا بھلا چنگا ہوتا ہے تو یہ عموماً زیادہ خراب ہوتی ہے۔ جوں جوں بچہ عمر میں بڑھتا جاتا ہے یہ کم ہوتی جاتی ہے۔ لیکن سر فریڈرک ٹیلر (Sir Frederic Taylor) نے اُسے اڑھائی سال کی عمر میں بدستور موجود پایا۔ دیگر امور کے لحاظ سے بچہ بالکل تندرست نظر آتا ہے۔

دوران حیات میں اور موت کے بعد، دونوں وقت مزماری روزن نہایت تنگ نظر آتا ہے، برمزمار (epiglottis) اپنے اوپر دوہرا یا ہوا، اور سوچی برمزماری دوہرا ؤ تقریباً متماس ہوتے ہیں۔ لیکن یہ شیر خوار بچہ کے حنجرہ کی طبعی حالت کی محض ایک مبالغہ آمیز حالت ہے، اور ڈاکٹر پیٹرسن (Dr. Patterson) نے پانچ مریضوں میں بلاواسطہ مشاہدہ سے بتلا دیا ہے کہ صورت سوحیاتی کے اور حلقیہ کی بالائی کور یر کی ہاء بصیلی مخاطی جھلی کے نہر شہیق کے دوران میں حنجرہ میں کھنچ آنے اور اس وضع میں مرتعش ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

جوں جوں یہ حصے نمو یاب ہوتے ہیں، اس تشوہ (deformity) سے پیدا ہو جانے والا اندکم ہوتا جاتا ہے۔ کوئی راست علاج راس نہیں آتا۔ اگر اختناق سے زندگی خطرے میں ہو (جو ایک شاذ واقعہ ہوتا ہے) تو قصبہ شگافی کی ضرورت پیش آسکتی ہے۔

حنجرہ کی عدم حسیت

(anæsthesia of the larynx)

یہ ذفتحصیر یا بصلی شلل (bulbar paralysis)، ہزال ظہری (tabes dorsalis) اور شلل عمومی (general paralysis) میں اور عصب تائیہ یا فوقانی حنجری عصب کے تضرر سے واقع ہو جاتی ہے۔ اسکی شناخت حنجری غشاء مخاطی کی عدم حاسیت

(insensibility) سے کی جاتی ہے' اس وقت جبکہ حنجرہ بین کی مدد سے ایک سلائی ڈالکر اسے چھوا جائے۔ اکثر اسکے ساتھ عسر البلع (dysphagia) اس وجہ سے ہوتا ہے کہ غذا کے ریزے حنجرہ کے اندر داخل ہوجاتے ہیں' جو میکنزی (Mackenzie) کی رائے میں ان عضلات کے شلل کا نتیجہ ہے جنھیں فوقانی حنجری عصب سے رسد پہنچتی ہے' یعنی وہ عضلات جو دوران ابتلاع میں پر مزمار (epiglottis) کو نیچے لاکر مزمار (glottis) کے بالائی روزن کو بند کر دیتے ہیں۔ اس عدم حسیت کو جو ڈفتھیریا کی وجہ سے ہو عموماً شفا ہو جاتی ہے۔ انذار عموماً ترقی پذیر بصلی شلل (progressive bulbar paralysis) اور اس سے مماثل حالتوں میں خراب ہوتا ہے' کیونکہ اس کا امکان ہوتا ہے کہ غذا پھیپھڑوں کے اندر چلی جائے اور اس طرح ذات الریہ پیدا کردے۔

213 **علاج** گیلوانی اور فرادی لاسقات کے ذریعہ سے ہونا چاہئے۔ داخلی طور پر اسٹرکنیا (strychnia) دیا جا سکتا ہے' اور ممکن ہے کہ عسر البلع کی وجہ سے مریوی انبوبہ (œsophagial tube) یعنے انبوبہ مری سے غذا پہنچانے کی ضرورت پیش آئے۔

کان

کان کے ضروری اجزا تین ہیں۔

(۱) آلۂ ایصال جس کے ذریعہ آوازیں۔

(۲) آلۂ ادراک یعنی حلزونیہ تک پہنچائی جاتی ہیں جو کہ اندرونی کان کی کثیف ہڈی میں واقع ہے۔ یہاں سے صدمات۔

(۳) عصب سمعی (حلزونی شاخ) کے ذریعہ دماغ میں چلے جاتے ہیں۔

ایصالی آلہ میں صیوان (pinna) بیرونی سمعی منفذ' اور طبلی غشا جو کہ درمیانی اذن کی بیرونی دیوار ہے' شامل ہیں' اور درمیانی اذن میں استخوانچے یعنی مطرقہ (malleus) سندان (incus) اور رکاب (stapes) واقع ہیں۔ آخر الذکر ایک بانی بندجوڑ کے ذریعہ بیضوی کھڑکی (oval window) کے اندر گٹھا ہوتا ہے جو کہ اندرونی اذن کے دو عظمی فتحات میں سے ایک ہے۔ دوسرا فتحہ' ایک گول کھڑکی ہے جو کہ ایک غشا کے ذریعہ

بند ہے۔ اندرونی اذن سیال سے بھرا ہوتا ہے۔ درمیانی اذن میں یوسٹیکیائی انبوبہ (Eustachian tube) کھلتی ہے جو کہ انفی بلعوم سے آتی ہے۔ بوقت ابتلاع یہ انبوبہ ایک لمحہ کے لئے کھل جاتی ہے تاکہ درمیانی اذن میں کا دباؤ باہر کے دباؤ کے برابر رہے' اور اس طرح حرکت پذیر طبلی غشاء اپنی طبعی وضع قائم رکھتی ہے۔ سمعی صدمات بطور صوتی امواج بیرونی سمعی منفذ میں داخل ہوکر طبلی غشا پر آپہنچتے ہیں۔ غشا کے ارتعاشات اپنی باری پر مطرقہ' سندان اور رکاب کے ذریعہ منتقل ہوکر بیضوی کھڑکی پر آپہنچتے ہیں۔ ایک متبادل موج طبل کی ہوا کے ذریعہ گول کھڑکی پر پہنچ سکتی ہے۔ ازاں بعد یہ امواج' اندرونی اذن کے سیال کے ذریعہ' حلزونیہ (cochlea) کے اندر کارٹی (Corti) کے ایک نہایت ہی مختص (specialised) عضو تک منتقل ہو جاتی ہیں۔ یہاں سے صدمات' مرغولی عقدہ کی راہ سے حلزونی عصب تک' اور اس طرح دماغ میں چلے جاتے ہیں۔ اس میکانیہ میں ذرا سی مداخلت صمم پر منتج ہوتی ہے۔

صمم۔ بہرے پن کی تین قسمیں شناخت کی جاتی ہیں۔

(ا) ایصالی صمم۔ اس میں بیضوی اور گول کھڑکی کے مقام تک تمام اسباب شامل ہیں۔ اور اس کی مثالیں یہ ہیں: وسخ (wax) یا اجسامِ غریبہ جو منفذ میں متمکن ہوں۔ درمیانی اذنی نازلت کی تمام اقسام۔ درمیانی اذن کے حاد اور مزمن التہابات۔

(ب) ادراکی صمم۔ وہ اسباب جو کہ حلزونیہ' مرغولی عقدہ اور سمعی عصب کو ماؤف کرتے ہیں۔ اسکو اندرونی اذنی صمم بھی کہتے ہیں۔ ممکن ہے یہ شیخوخی اسباب' آتشک' قرمزی تپ اور تپ محرقہ کا نتیجہ ہو۔ یا بعض پیشوں کا نتیجہ ہو مثلاً جوشارہ گروں یا عمال المغاص (caisson workers) میں' یا ریوالوروں (revolvers)' رائفلوں (rifles) یا بندوقوں کے فائر کی آواز سنتے رہنے کا نتیجہ ہو۔ یا بعض دوائیں خاصکر کونین (quinine) اور سیلیسلیٹس (salicylates) لینے کا یا زیادہ تمباکو پینے کا نتیجہ ہو۔

(ج) عصبی صمم۔ خود سمعی عصب کے اور نیز اسکے مرکزی تعلقات کے ضررات۔ یہ ہمیشہ مکمل بہرا پن ہوتا ہے۔ یہ کبھی (ا) یک جانبی ہوتا ہے' اور انکاف (mumps) یا حاد التہاب تیہ (labyrinthitis) کا' یا سلعات میں سمعی عصب کے ماؤف ہوجانے کا

نتیجہ ہوتا ہے۔ یا (۲) دو جانبی ہوتا ہے اور نخاعی دماغی التہاب اسحیہ کا، یا خلقی آتشک (اس صورت میں اس کے ہمراہ ہمیشہ رخنکی التہاب قرنیہ اور دو جانبی سمعی عصبی سلعات موجود ہوتے ہیں) کا نتیجہ ہوتا ہے۔

طنین (tinnitis)، دوار (vertigo) اور "مینی ایر" (Meniere) کے مرض کیلئے ملاحظہ ہو "نظام عصبی کے امراض"۔

کان کا درد۔ کان میں یا کان کے گرد و پیش درد ہونا تقریباً ۹۵ فی صدی مثالوں میں مقامی التہاب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بقیہ ۵ فیصدی مثالوں میں کوئی مقامی سبب دریافت نہیں ہوتا اور درد بعید السبب (referred) ہوتا ہے۔ ان مثالوں کو وجع الاذن (otalgia) کہتے ہیں۔

صیوان الاذن، بیرونی منفذ، اور طبلی غشا، کا امتحان کرنے سے کوئی مقامی سبب دریافت ہو جاتا ہے جو کہ عام طور پر التہابی ہوتا ہے، مثلاً سرخ بادہ، منفذ میں دنبلات، یا ایک سرخ اور ابھری ہوئی طبلی غشاء، اور ایسی صورت میں مناسب علاج کرنے سے درد کو تسکین ہو جاتی ہے۔ گاہے منفذ میں تقرحات یا درمیانی اذن کا سرطان پائے جاتے ہیں۔ جب کوئی مقامی سبب دریافت نہ ہو تو وجع الاذن کا سبب دریافت کرنے کیلئے تفتیش کا دائرہ بہت وسیع کرنا پڑتا ہے۔

درد، دوسرے حصص سے کہ جن کی رسد انہی اعصاب سے آتی ہے کہ جن سے کان کی آتی ہے محوّل ہو سکتا ہے (۱) سہ توامی (trigeminal) یہ ممکن ہے حقیقی وجع العصب ہو۔ وجع الاذن بسا اوقات بوسیدہ زیرین دانتوں اور غیر منشعر (unerupted) عقل کی داڑھوں سے جو کہ تقریباً ہمیشہ زیرین جبڑے میں پائی جاتی ہیں۔ زبان کے مرض، بالید اور تقرحات سے۔ غدہ نکفیہ کے التہابات اور صدغی جانوی مفصل کے التہاب سے محوّل ہوتا ہے۔ (۲) لسانی بلعومی۔ ممکن ہے یہ حقیقی وجع العصب ہو۔ لیکن درد لوزتیکیائی انبوبہ، اور انفی بلعوم (سرطان) یا لوزہ، برمزمار، زبان کی پشت، سوچی برمزماری ثنیہ اور ناشپاتی نما حفرہ کے التہابی اور تقرحی ضررات سے بھی محوّل ہو سکتا ہے۔ (۳) شو کی عنقی دوسرا اور تیسرا عصب۔ پچھلی جڑوں کا التہاب اور اسکے ساتھ جلد الراس اور صیوان پر نملہ (herpes) شدید وجع الاذن کا باعث ہوتا ہے، اسی طرح عنقی منفیرہ کو متاثر کرنے والے

اضرار سمی۔ (۳) عصب التائیہ (vagus) کی اُذنی شاخ، جو کہ بلاشبہ وجہی عصب کے رکبی عقدہ (geniculate ganglion) کے ساتھ قریبی تعلق رکھتی ہے۔ جب اس عقدہ کا التہاب واقع ہوتا ہے تو اس رقبہ پر جو کہ اذنی شاخ سے رسد لیتا ہے نسلا پیدا ہو جاتا ہے ممکن ہے اسکے ساتھ وجہی شلل اور بہرا پن اور دُوار موجود ہو۔

تحت الحاد التہاب الاذن الوسطی

(sub-acute otitis media)

اس سے درمیانی اُذن کی خفیف سرایت مراد ہے کہ جس کے ساتھ یوسٹیکیائی انبوبہ کی نازلت موجود ہو۔ آخرالذکر مسدود ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے کہ جس سے ہوا جذب ہو جاتی ہے اور ممکن ہے مصلی ارتشاح موجود ہو، اور طبلی غشا اندر کو کھنچی ہوئی ہوتی ہے۔

علامات۔ کان میں بے آرامی یا خفیف سا درد ہوتا ہے، اور بہرا پن پایا جاتا ہے، جو ممکن ہے بچوں میں نظرانداز ہو جائے۔ مریض کو سر کے دوشاخہ (tuning-fork) کی درمیانی سرتیاں سنائی دیتی ہیں، لیکن پست ترین اور بلند ترین سرتیوں کا ادراک جاتا رہتا ہے۔

علاج یہ ہے کہ انفی جوفوں اور انفی بلعوم میں اگر عفونی ماسکات موجود ہوں تو ان کو دور کیا جاتا ہے، اور یوسٹیکیائی تسدد کا ازالہ کیا جاتا ہے اور بعض اوقات سیال کو نکالا جاتا ہے۔

حادی التہاب الاذن وسطی

سبب اسباب۔ درمیانی اذن کی یہ سرایت تقریباً ہمیشہ ایک نبقہ سبحیہ (streptococcus) کی وجہ سے ہوتی ہے، اور بسا اوقات زکام، التہاب لوزتین، تپ قرمزی، کھسرا، انفلوئنزا کے بعد نمودار ہوتی ہے، یا عفونت الدم (septicæmia) کا جزو ہوتی ہے۔ ممکن ہے سارے کا سارا درمیانی اذن ماؤف ہو۔ پیش دموییت نمودار ہوتی ہے، اور اسکے بعد طبل کے اندر خون آلود مصل کا ارتشاح ہوتا ہے جو کہ ۴۸ گھنٹہ میں قیمی ہو جاتا ہے۔

علامات۔ کان کا درد بالعموم پہلی علامت ہوتی ہے، لیکن بچوں میں یہ اس تعلق

خفیف ہوتا ہے کہ ممکن ہے نظر انداز ہو جائے، اور بالغوں میں ممکن ہے شدید درد سر ہو۔ بہرا پن ہمیشہ اور طنین (tinnitis) اکثر موجود ہوتا ہے۔ کسلمندی جو کہ ہر بخار کے ساتھ پائی جاتی ہے موجود ہوتی ہے۔ دُوار شاذ ہے۔ شیر خوار بچے بعض اوقات سر کو ادھراُدھر پھیراتے ہیں اور ممکن ہے ان میں سحائیت (meningismus) نمو یاب ہو جائے۔ کان کا امتحان کیا جائے تو پہلے پہل مطرقہ کے دستے (handle) کے پیچھے ایک خط میں سُرخی نظر آتی ہے۔ پھر تشنجی عروق اس نقطہ سے غشاء کے محیط کی طرف جاتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ بعد ازاں سرخی منتشر ہو جاتی ہے، لیکن غشاء کا پچھلا النصف اگلے نصف کی نسبت ہمیشہ پہلے اور اس سے زیادہ متاثر ہوتا ہے۔ التہابی ارتشاح سے غشا ابھر آتی ہے اور ممکن ہے پچھلے نصف کا انثقاب واقع ہو جائے۔

پیچیدگیاں۔ بعض اصابتوں میں غشا کا انثقاب ہوکر اور گاہے اسکے بغیر صحت یابی ہو جاتی ہے۔ نا مکمل صحت یابی سے مندرجہ ذیل حالتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ (ا) صمم جو کہ بعد میں یوسٹیکیائی انبوبہ کی راہ سے درمیانی اذن کی تنفیخ کر کے کم کیا جا سکتا ہے۔ (ب) مسلسل اخراج مواد۔ بعض اوقات اسکی وجہ کوئی ارکہ (granulation) (سعدانہ polypus) ہوتا ہے جو کہ انثقاب کے اندر بروز کئے ہوتے ہوتا ہے اور اس طرح میلیت کو روکتا ہے۔ اگر مواد کا اخراج چار یا پانچ ہفتے تک جاری رہے تو غالباً حلمیہ سرایت زدہ ہو جائیگا، لیکن قبل اسکے کہ حلمیتی عملیہ انجام دیا جائے، ناک اور انفی بلعوم میں سرایت زدہ ماسکات خارج از بحث کر لینے چاہئیں۔ غدودہ (adenoids) کا استیصال تقیح کا خاتمہ کر دے سکتا ہے۔ (ج) وجہی شلل، فالوپی قنال (Fallopian canal) میں ایک خلقی روزن کی راہ سے ساتویں عصب پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے۔ (د) چھٹے جمجمی عصب کا شلل، جسکے ساتھ جبہی اور صدغی خطوں میں درد ہوتا ہے اور جو شاید ایک محلی التہاب سحائی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ (س) التہاب حلمیہ، جس کو ان علامتوں سے پہچانا جاتا ہے۔ کان کے پیچھے درد، حلمیہ اور خاصکر اس کی نوک پر دباؤ ڈالنے سے الیمیت، اور اس ہڈی پر کی نرم بافتوں کا تورم۔ بیرونی سمعی منفذ کے عمیق ترین حصہ کا ابھار ایک قیمتی امارت ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں اعلیٰ زائدہ پر اور کان سے اوپر بہت تورم ہوتا ہے اور جلد سرخ ہوتی ہے۔ التہاب حلمیہ کی وجہ سے یہ حالتیں پیدا ہوتی ہیں۔ (ص) جانبی جوف کے ام جافیہ پر پھوڑا جو کہ ممکن ہے جوف کو

مضغوط کردے اور بعد میں علقیت کا موجب ہو۔ (ص) درمیانی حفرہ میں ایک بروں جانی پھوڑا جو کہ شاذ ہے۔ (ط) دماغی پھوڑا جس کے متعلق معلوم ہے کہ یہ حلمیہ میں پیپ پیدا ہوئے بغیر بھی نمودار ہوسکتا ہے۔ (ع) قیحی التہاب سحایا۔

علاج۔ مریض کو بستر پر رکھا جاتا ہے۔ درد کو تسکین دینے کیلئے دوائیں مثلاً ایسیٹل سیلی سلک ایسڈ (acetyl salicylic acid) مرکب سفوف عرق الذہب (pulv. ipec. co.) اور بشرط ضرورت مارفیا دی جاتی ہے۔ دافع نبقات سبحیہ۔ (anti streptococcal) [دافع قرمزیہ (anti-scarlatinal)] مصل دروں وریدی یا دروں عضلی طور پر دیا جاتا ہے۔ گلسرین اور کاربالک (carbolic) کے یا آب کافور میں ۴ فیصدی کوکین کے قطرات کان میں ڈالے جاتے ہیں۔ کان پر ایک برقی طور پر گرم کی ہوئی گدی یا روئی سے یا گرم پانی کی بوتل سے یا تکمیدات سے گرمی پہنچائی جاتی ہے۔ اس کے تبادل کے طور پر چھوٹی چھوٹی برف کی تھیلیاں حلمیہ پر مستقل طور پر رکھنے سے درد اور التہاب کو تسکین ہوتی ہے۔ ممکن ہے طبلی غشاء میں شگاف دینا قرین مصلحت ہو بالخصوص حاد اصابتوں میں کہ جن میں بہت درد اور بلند تپش ہوتی ہے۔ التہاب حلمیہ کا علاج اس کتاب کے دائرۂ بحث سے باہر ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

1	E. P. Poulton and F. A. Knott	1936	*Practitioner*, January.
2	M. Hovel ..	1924	*Brit. Med. Journ.* i., p. 497.
3	Sir St. Clair Thomson.	1924	*Lancet*, ii., p. 948, and *Med. Res. Counc. Spec. Rep. Ser.* 83. ..
4	Sir St. Clair Thomson	1922	*Lancet*, ii., p. 164.

216

امراض اعضائے دورانِ خون

طبعی قلب کے فعل کی انجام دہی میں دو قسم کی ساختیں حصہ لیتی ہیں، یعنے اُس کے کھفوں کی انقباض پذیر عضلی دیواریں، جو خون کو دھکیلتی ہیں، اور مصراعات (valves) جو خون کے بہاؤ کے رُخ پر اقتدار رکھتے ہیں۔ متوازن انقباض کی قوت عضلۂ قلب کا فطری خاصہ ہے۔ گذشتہ چند سالوں کی تحقیقات سے ہم پر یہ چیزیں ظاہر ہوگئی ہیں:۔ عضلۂ قلب (myocardium) کے اندر کے وہ نقاط جہاں انقباضی تہیجات عام طور پر آغاز پذیر ہوتے ہیں، وہ راستے کہ جن سے اُذین (auricle) سے بُطین (ventricle) تک تہیجات کا ایصال ہوتا ہے، اس ایصال کی طبعی یا معمولی شرح، اور یہ واقعہ کہ اگرچہ انقباض اکثر اُذین کے اندر شروع ہو کر بطین میں پہنچ جاتا ہے، تاہم وہ بعض حالات میں بطین کے اندر بھی آغاز پذیر ہو سکتا ہے۔ ہر بطینی انکماش (ventricular systole) کے بعد ایک عرصۂ آرام ہے جس میں انقباض نہیں ہوتا اور یہ اُذین کے انکماش پر ختم ہوتا ہے اور اسکے بعد فی الفور بطین کا انکماش واقع ہوتا ہے۔ اس عمل میں تین ساختیں حصہ لیتی ہیں: اولاً عصبی بافت، عضلی ریشے اور خلیوں سے بنا ہوا ایک اطالت یافتہ چھوٹا تودہ جو اس جگہ جہاں فوقانی ورید اجوف اُذین کے ساتھ چسپیدہ ہوتی ہے واقع ہوتا ہے اور جسے جوفی اُذینی گرہ (sino-auricular node) کہتے ہیں۔ ثانیاً، ایک چھوٹا تودہ جو اُذینوں کے فاصل میں جوف اکلیلی (coronary sinus) کے فتحہ کے قریب واقع ہے، اور جسے اُذینی بطینی گرہ (auriculo-ventricular node) کہتے ہیں۔ ثالثاً، عضلی ریشوں کا ایک خاص بند، جو اُذینی بطینی بنڈل (auricuto-ventricular bundle) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ یہ بند اُذینی بطینی گرہ سے پیدا ہو کر نکلتا اور چوڑائی میں تقریباً ۵، ۲ ملی میٹر ناپ کا ہوتا ہے۔

یہ اُذینی فاصل سے بُطینی فاصل کے اندر چلا جاتا ہے، اور پہلے اس فاصل کے جزو غشائی (pars membranacea septi) کے نیچے واقع ہو کر یہاں دو حصوں میں منقسم ہوجاتا ہے، چنانچہ ایک حصہ فاصل بُطینی کے اِس طرف اور دوسرا حصہ دوسری طرف واقع ہوتا ہے۔ دائیں شاخ بند معتدل (moderator band) کے اندر چلی جاتی ہے۔ ہر شاخ اپنی طرف کے بطین کی دیوار میں وسیع طور پر توزیع یافتہ ہوتی ہے، اور ریشہائے پُرکنجے (Purkinje's fibres) میں ختم ہوجاتی ہے، جو بُطینوں کے تقریباً ہر حصہ میں دروں قلبہ کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ اُذینی بُطینی گرہ اور اُذینی بُطینی بنڈل بعض اوقات الحاقی بافتوں (junctional tissues) کے نام سے یاد کئے جاتے ہیں قلب کے طبعی فعل کی اثنا میں تہیج، جو فی اُذینی گرہ (sino-auricular node) میں شروع ہوتا اور اُذینین میں منتقل ہوتا ہے، لہذا انقباضی موج جس سے ذرا پہلے ایک برقی موج یعنی موجِ تحریک (excitation wave) پائی جاتی ہے، ج۔ا گرہ (S. A. node) سے شروع ہوتی ہے، اور نصف قطری یا شعاعی صورت میں پھیلتی اور تمام سمتوں میں مساوی رفتار سے مسافت طے کرتی ہے۔ اس کے بعد ا۔ ب گرہ (A. V. node) مُتہیّج ہوجاتی ہے۔ ا۔ ب گرہ (A. V. node) سے تحریک پیدا ہوکر ا۔ ب (A.V.) بنڈل کی راہ سے اُس کے مختلف تفرعات میں چلی جاتی ہے، اور بُطینوں کے دروں قلبہ پر کے پُرکنجے کے جال میں پھیل جاتی ہے۔ یہاں سے یہ زاویۂ قائمہ بناتی ہوئی بُطین کے عضلہ کے اندر پھیل جاتی ہے۔

عضلۂ قلب کو عصبی ریشوں کے دو ستوں سے رسد پہنچتی ہے:۔
(۱) عصبِ تائیہ سے (۲) عصبِ مشارکی سے۔ ان کا فعل ضرب میں ترمیم کرنا ہے۔ عصبِ مشارکی کے متعلق اس سے زیادہ کہ اُس کا ہیجان قلب کو تیز اور ضرب کو قوی کردیتا ہے اور کچھ معلوم نہیں۔ عصبِ تائیہ کی شاخیں ج۔ا (S.A.) اور ا۔ ب (A. V.) گرہوں دونوں میں مختتم ہوتی ہیں۔ اس کے ہیجان کا یہ اثر ہوتا ہے کہ موجِ تحریک کا مبداء (رفتار ساز) ج۔ا (S. A.) گرہ کے بالائی سرے سے اُسکے زیرین سرے پر منتقل ہوجاتا ہے۔ دوسرے اثرات بُطءُ القلب (bradycardia)

کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔

امتحانِ قلب

پھیپھڑوں کی طرح قلب بھی آنکھ، ہاتھ اور کان سے امتحان کرنیکے لئے موزوں ہے۔ وہ پھیپھڑوں کے اگلے حاشیوں کے درمیان دیوار سینہ سے قریبی طور پر متماس ہوتا ہے، ایک ایسے رقبہ میں جو کہ خطِ وسطی سے بائیں طرف عظم القص کے زیریں نصف، اور چوتھی اور پانچویں بائیں ضلعی کرتیوں کے اندرونی حصّوں اور اُن کے نیچے کی فضاؤں سے متناظر ہے۔ صدمہ القلب (impulse of the heart) معائنہ اور جس سے دریافت ہوسکتا ہے۔ پیش قلبی رقبہ (præcordial area) یعنے دیوارِ سینہ کا وہ رقبہ جو کہ قلب پر واقع ہے، قرع کرنے سے معلوم کیا جاسکتا ہے، اور اصواتِ قلب کا مطالعہ استماع کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے۔

217

معائنہ
(inspection)

• تندرست اشخاص میں، جو زیادہ موٹے نہ ہوں، قلب ضرب لگاتا ہوا دیکھا جاسکتا ہے ایک ایسے رقبہ میں جو کہ پانچویں بین الاضلاع فضا میں اور تقریباً ½ انچہ قطر کا ہوتا ہے، اور ببھٹنی سے انتصاباً نیچے کھینچے ہوئے ایک خط سے ½ انچہ تا ایک انچہ اندر کی طرف، یا ایک اوسط جسامت والے بالغ میں خط وسطی سے ½ ۲ تا ۳ انچہ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ اِس ضرب کو صدمہ القلب (impulse) یا ضربتہ الراس (apex beat) کہتے ہیں۔ بیماری میں بعض اوقات یا تو ضرب کی کمزوری کی وجہ سے یا اسوجہ سے کہ قلب کوشش ڈھانکے ہوئے ہو، صدمہ نہیں نظر آسکتا۔ دایاں اُذین جب وہ متسع (dilated) ہو، بعض اوقات عظم القص سے دائیں طرف کو ضرب لگاتا ہوا دیکھا جاتا ہے۔ قلب کی بڑی کلائی کی بعض مثالوں میں دیوار سینہ کا باہر اُبھرنا بھی

معائنہ سے ظاہر ہوتا ہے۔

تندرست اشخاص میں بین الاضلاع فضاؤں کی ایک خفیف سی مرئی انقباضی بازکشیدگی (systolic retraction) ہونا عام ہے۔ قلب کی بیش پروردگی (hypertrophy) کی حالت میں ایک زیادہ نمایاں بازکشیدگی واقع ہوتی ہے۔

جسّ

(palpation)

صدمہ کا محل وقوع عموماً جس سے اس سے زیادہ قریبی طور پر متعین کیا جا سکتا ہے کہ جتنا معائنہ سے۔ وہ بائیں بُطین کی بیش پروردگی کی صورت میں باہر کو اور نیچے کی طرف ہٹا ہوا ہوتا ہے، اور انتہائی اِتساع میں بغل میں محسوس کیا جا سکتا ہے۔ ضرب قوی یا جاشی (heaving) اور سریع اور بے قاعدہ ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بالکل جس پذیر نہ ہو۔ لاشعاعی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ قلب کا بایاں کنارا بالعموم اس نقطہ سے متناظر ہوتا ہے جو کہ بائیں طرف سب سے زیادہ دور ہوتا ہے، جہاں انگلیوں کو کسی چیز کے واضح طور پر سامنے کو اور اُفقی طور پر اُٹھنے کا احساس ہوتا ہے (63)، نہ کہ اُس رقبہ کے بیرونی اور زیریں حصے سے کہ جس پر ارتعاشات محسوس کئے جا سکتے ہیں، اور جس کے متعلق لاشعاعوں سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ قلب کے رقبہ سے باہر واقع ہوتا ہے۔ ایک مثال میں جس کا کہ راقم نے مشاہدہ کیا بائیں بطین کے بالائی حصے سے چوتھی فضا میں ایک ظاہری صدمہ پیدا ہوگیا تھا۔ شرابیف پر ایک اِنقباضی صدمہ (systolic impulse) ایک بیش پروردہ دائیں بُطین سے، اور طی سے (جبکہ یہ انورسمائی ہوتا ہے) یا رسولی سے ایصال شدہ ہوتا ہے، یا نابض جگر (pulsating liver) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ متّسع دایاں اُذین عظم القص سے دائیں طرف کو ضرب لگاتا ہوا محسوس ہو۔ اَورطی انورسما کی بعض اصابتوں میں قاعدۂ قلب پر رکھا ہوا ہاتھ ایک صدمہ محسوس کرتا ہے، جس کو انبساطی صدمہ (diastolic shock) یا انبساطی بازگشت (diastolic rebound) کہتے ہیں، جو بایں وجہ بآسانی محسوس ہوتی ہے کہ انورسما شش کو بچکاتا ہے اور دیوار صدر سے قریب تر

تماس حاصل کر لیتا ہے۔

مصراعی مرض کی بعض حالتوں میں ایک محدود رقبہ پر [جس میں سماع الصدر سے ایک خریر (murmur) سنائی دے سکتا ہے] ہاتھ سے ایک ذبذبہ (thrill) (fremissement cataire) محسوس کیا جا سکتا ہے۔ اس کے ساتھ عموماً ایک خریر موجود ہوتا ہے، لیکن کبھی کبھی یہ خریر غیر موجود ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ ارتعاشات اسقدر کرخت (coarse) (یعنے اسقدر سست شرح رکھنے والے) ہوتے ہیں کہ وہ صرف محسوس کئے جا سکتے ہیں، سنائی نہیں دیتے۔ یہ مطرانی ضیق (mitral stenosis) میں نہایت عام ہے، اور اذینی انکماشی خریرات (auriculo-systolic murmurs) کی ایک بڑی تعداد کے ساتھ، اور بعض وسط انبساطی خریرات (mid-diastolic murmurs) کے ساتھ ساتھ موجود ہوتا ہے۔ دوسرے خریرات کے ساتھ ذبذبے نسبتہً بہت کم عام ہیں اور دوسرے مصراعی ضررات (valvular lesions)، جیسے کہ ریوی ضیق (pulmonary stenosis) (خلقی)، اور طی ضیق (aortic stenosis)، اور کبھی کبھی اورطی بازروی (aortic regurgitation) اور مطرانی بازروی (mitral regurgitation) میں واقع ہوتے ہیں۔ انورسما اور التہاب تامور (pericarditis) بھی جس پذیر ارتعاشات پیدا کر سکتے ہیں۔

قرع

(percussion)

گو کہ قرع کرنے پر سینہ کا بیشتر حصہ شُش کی موجودگی کے باعث، گمک دار (resonant) ہوتا ہے تاہم ایک چھوٹا رقبہ اوپری یا مطلق اصمیت کا بھی ہوتا ہے، جو قلب کی اگلی سطح کے اس حصے سے متناظر ہوتا ہے جو شُش نے ڈھکا ہوا نہیں ہوتا۔ اس رقبہ کے گرد ایک رقبہ عمیق یا اضافی اصمیت (deep or relative dulness) کا ہے، جس کی بیرونی حد قلب کے خاکہ سے متناظر ہوتی ہے اور اس طرح اس کی حقیقی جسامت کا ایک نقشہ بنا کر پیش کرتی ہے۔ اوپر کو یہ تیسری فضا تک پہنچتی ہے۔ بائیں طرف یہ صدمم القلب تک پہنچتی ہے۔ اور دائیں طرف

218

بہ اکثر عظم القص کے دائیں کنارے سے نصف انچہ باہر تک شناخت کیجا سکتی ہے۔ عظم القص خود گمک دار ہوتی ہے۔ اضافی اصمیت متوسط طور پر ہلکے قرع کی مدد سے بہترین حاصل ہوتی ہے۔ کمرے میں خاموشی ہونی چاہئے۔ لاشعاعی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ قلب کا کنارا عموماً اُس نقطہ سے متناظر ہوتا ہے کہ جہاں اوّلاً آواز کی گمک میں معتدبہ تغیر واقع ہوتا ہے۔ اصمیتِ قلب کی زیرین حد، جگری اصمیت سے ممتاز نہیں کی جا سکتی، اور یہ فرض کرلیا گیا ہے کہ قلب کا خاکہ صدمۃ القلب اور اصمیت کے دائیں کنارے کے زیرین ترین نقطہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

قلب کا محلِ وقوع کسیقدر مریض کی وضعِ قیام کے ساتھ بدل جاتا ہے۔ دیوار سینہ پر قلب کا رقبۂ برآمد (area of projection) انتصابی وضع میں اُس سے کسی قدر زیادہ نیچے تک پھیلے گا اور نسبتہً کم چوڑا ہوگا کہ جتنا افقی وضع میں ہوتا ہے۔ جب پھیپھڑے متمدد ہوں، جیسے کہ نفاخ میں تو قرع کرنے سے جسامتِ قلب کا شناخت کرنا عموماً بالکل غیر ممکن ہوتا ہے، اور مزید براں صدمۃ القلب اکثر اتنا کمزور ہوتا ہے کہ محسوس نہیں کیا جا سکتا۔ اضافی اصمیت کے رقبے کی زیادتی کا ایک اہم سبب تاچہ تاموری (pericardial sac) کا مائع سے پُر ہو کر متمدد ہو جانا ہے۔ استثنائی طور پر اِس تاچہ میں ہوا کی موجودگی سے یہ رقبہ گمک دار ہو سکتا ہے۔ پیش قلبی اصمیت کے رقبہ کا، اوپر کے طرف، نیچے کو یا ایک جانب ہٹ جانا ہر اس شئے کے سبب سے ہو سکتا ہے کہ جو قلب کو ان سمتوں میں ہٹا دے۔

استماع

(auscultation)

سماع الصدر سے سُننے پر قلب کی آوازیں "لب ڈپ" الفاظ (syllables) سے مشابہ معلوم ہوتی ہیں۔ پہلی آواز نسبتہً زیادہ دھیمی (duller) اور لمبی، اور دوسری آواز نسبتہً زیادہ تیز (sharper) ور مختصر تر (shorter) ہوتی ہے۔ پہلی آواز کچھ تو عضلی انقباض اور کچھ اُذینی بطینی مصراعوں (auriculo-ventricular valves) کے بند ہونے کے بعد اُن کے یکایک تن جانے (streching)

کی وجہ سے ہوتی ہے' اور دوسری آواز نیم ہلالی مصراعوں (semilunar valves) کے بند ہونے کے بعد ان کے یکایک تن جانے کے سبب سے ۔ دونوں مصراعوں کی صورت میں جوں ہی کہ دہنوں کی راہ سے خون کا بہنا بند ہوتا ہے دامن عموماً ساتھ ساتھ تھرنے لگتے ہیں (1)۔ پہلی آواز راس قلب کے قریب بہترین' اور دوسری آواز قاعدہ پر بہترین سنائی دیتی ہے ۔

ترمیمات اصوات ۔ قلب کی آوازیں مفخم (accentuated) یا بلندی میں مختلف ' یا تعداد میں زیادہ ہوسکتی ہیں' یا اِن کے زمانی تعلقات (time-relations) متغیر ہوسکتے ہیں ۔

تفخیم (accentuation) متعدد اسباب سے پیدا ہوجاتی ہے' جن میں سے ایک سبب شُش کی بازکشیدگی (retraction) ہے' کہ جس سے قلب دیوار صدر کے قریب تر آجاتا ہے ۔ پہلی آواز کی تفخیم اور دھیماپن (dulling) یا غطا (muffling) بُطینی جِش پرورد گی سے پیدا ہوجاتی ہے' لیکن تفخیم بغیر دھیمے پن کے (accentuation without dulling) مطرانی ضیق میں عام ہے ۔ دوسری دائیں بین ضلعی فضا میں دوسری آواز کی تفخیم کی وجہ شِشر یانی خون کے دباؤ کی زیادتی ہے' کہ جس سے مصراع بند ہونے کے بعد غیر معمولی قوت کے ساتھ تن جاتے ہیں [ملاحظہ ہو صفحہ ۱۰ ب (۲)] ۔ اسی طرح دوسری یا تیسری بائیں فضا میں دوسری آواز کی تفخیم مماثل طور پر ریُوی مصراعوں (pulmonary valves) سے پیدا ہوجاتی ہے ۔

تخفیف اصوات (diminution of sounds) قلب کے کمزور فعل سے پیدا ہوتی ہے' یا اس وجہ سے کہ قلب شُش سے غیر معمولی طور پر ڈھکا ہوا ہو' جیسے کہ نفاخ میں' یا اس وجہ سے کہ وہ تامُوری انصباب (pericardial effusion) سے گھرا ہوا ہو ۔ اصواتِ قلب کی تخفیف اُس وقت بھی ہوسکتی ہے جبکہ مصراع ناکمل یا ناقص ہوں اور اِس طرح خون کی بازروی (regurgitation) واقع ہوکر خریرات (murmurs) پیدا ہوجائیں ۔

دوسری آواز کا تضاعف (reduplication) عموماً قاعدۂ قلب پر سنا جاتا ہے' بالخصوص ریوی رقبہ میں' اور بعض اوقات اُس کا ایصال راس تک

ہوتا ہے - وہ مصراعی مرض کی ان اصابتوں میں واقع ہوتا ہے جن میں پھیپھڑوں کا امتلاء ہوتا ہے اور ریوی دور (pulmonary circuit) میں دباؤ بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ وہ اس واقعہ کے سبب سے ہوتا ہے کہ ریوی اور اورطی مصراعات بالکل ہمزماں طور پر بند نہیں ہوتے۔ ممکن ہے کہ پہلی آواز کا تضاعف، جو راس پر سنا جاتا ہے، بعض اوقات اُذینی بُطینی مصراعات کی غیر ہمزماں مسدودی کے باعث ہو۔ حرورالکفس (canter-rhythm) میں راس پر پہلی یا دوسری آواز کا ایک نہایت نمایاں تضاعف ہوتا ہے، جس سے تہری لے (triple rhythm) کی دو قسمیں نمودار ہوتی ہیں، یعنے "تی ٹپ ٹپ" اور "ٹپ پ تی" حرورالکفس (canter-rhythm) کے سبب دو ہیں :- (۱) زائد یا فالتو آواز (extra sound) اسی سبب سے پیدا ہوتی ہے جو اکثر اس مقام پر ایک عاجل وسط انبساطی (early mid-diastolic) یا اُذینی انکماشی خرخر پیدا کردیتا ہے، یعنے وہ مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی علامت ہے۔ (۲) یا وہ قلبی مسدودی (رپہ ملاحظہ ہو) کے سبب سے پیدا ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ وہ دراصل بجنسہ وہی آواز ہو جو انقباض اُذین کے سبب سے ہوتی ہے۔ معمولی حالات میں یہ اس وجہ سے نہیں سنائی دیتی کہ بُطین سے اسقدر قریب ہوتی ہے کہ آخرالذکر کی آواز اس کو ڈھانک لیتی ہے۔ قلبی مسدودی میں یا اُذین بُطین سے کچھ پہلے منقبض ہوتا ہے، اور اس کے انقباض کی آواز انبساط کے دوران میں جلد یا دیر سے سنائی دیتی، اور علی الترتیب دوسری یا پہلی آواز کو متضاعف (reduplicated) بنا دیتی ہے (Lewis)-

219

قلب جسقدر زیادہ سرعت سے ضرب لگاتا ہے اسیقدر دوسری آواز اور اس کے بعد کی پہلی آواز کے درمیان کا وقفہ زیادہ مختصر ہوتا ہے۔ اس سریع فعل میں جو قلبی خستگی (cardiac exhaustion) کی بعض قسموں کے ساتھ ہوتا ہے یہ دونوں وقفے مساوی ہوسکتے ہیں۔ ضرباتِ قلب کمزور ہوتے ہیں، پہلی آواز دوسری آواز سے تمیز نہیں کی جاسکتی، اور جنینی قلب کی آوازوں سے قریبی مشابہت پائی جاتی ہے۔ اس حالت کو جنینی لے (fœtal rnythm) یا جنینی قلب (**embryocardia**) کہتے ہیں۔

تندرست اشخاص میں راس پر کی جو پہلی آواز ہوتی ہے وہ قاعدہ پر اورطی

رقبہ کی دوسری آواز کے نسبت دگنی شدت رکھتی ہے۔ عضلۂ قلب کے انحطاط کی اصابتوں میں پہلی آواز جو اس پر سبقت لے جاتی ہے اپنی شدت میں کم ہو جاتی ہے یہانتک کہ وہ قاعدہ پر کی دوسری آواز کی شدت سے مساوی یا اُس سے کمتر ہو جاتی ہے۔ اِن دونوں کا مقابلہ کرنے کے لئے ایک خاص قسم کا سماع الصدر ایجاد کیا گیا ہے لیکن عموماً ایک معمولی سماع الصدر کی مدد سے کان اِن کے فرق کو محسوس کر لینے کی پوری صلاحیت رکھتا ہے۔

مرض کے باعث مصراعی دہنوں پر خریرات۔ مصراع کی کوئی تنگی (narrowing) ضیق (stenosis) یا تسدد (obstruction) اُن کی راہ سے جانے والی خون کی رَو میں ارتعاشات پیدا کردیگا اور یہ ایک خریر (murmur) یا حرو (bruit) کے طور پر سنائی دینگے، جس کو ابتدا ًحرو منفاخی (bruit de souffle) کہتے تھے۔ بخلاف ازیں اگر وہ مصراع عدیم الکفایت (incompetent) ہے تو کچھ خون اُس کہفہ کے اندر باز ساوہو جائے گا جس میں سے وہ آیا تھا، اور اس سے بھی ایک خریر سنائی دیگا۔ یہ خریرات غیر طبعی اصوات (adventitious sounds) ہیں جو طبعی اصوات قلب کی جگہ لے لیتے ہیں۔ اگر ایک یکساں سوراخ رکھنے والے نل میں سے مائع نہایت بلند رفتار سے بزور گذارا جائے تو نل کی دیوار پر رگڑ لگنے سے تلاطم انگیز حرکت پیدا ہوگی اور ایک آواز سنائی دیگی۔ نسبتہً کم رفتار ہو تو بہاؤ یکساں ہوتا ہے اور کوئی آواز نہیں پیدا ہوتی، اور یہی حالت اُسوقت بھی ہوتی ہے جبکہ مائع ایک زیادہ چوڑے نل میں سے نکل کر ایک نسبتہً چھوٹے نل میں جاتا ہے۔ لیکن جب مائع ایک چھوٹے نل میں سے ایک نسبتہً بڑے نل کے اندر، یا ایک تنگ راہ میں سے نکلکر اُس کے آگے نسبتہً چوڑی فضا میں جاتا ہے تو ایک آواز پیدا ہو جاتی ہے۔ اِس کی توجیہ یہ ہے کہ پانی کی دھار (stream) ایک نسبتہً چھوٹے نل میں زیادہ بلند رفتار سے بہتی ہے، اور اسی واسطے وہ ایک نسبتہً بڑے نل کے آہستہ حرکت کرتے ہوئے سیّال کے اندر ایک منبصار (fluid vein) کی شکل میں آگے کو پھینکی جاتی ہے، اور اِس کی رگڑ گرداگرد کے سیّال پر لگنے سے وہ بھنوروں کی شکل میں پارہ پارہ ہو جاتی ہے۔ اِس سے پیدا ہوجانے والے ارتعاشات

بصورت آواز مسموع ہوتے ہیں۔ اِس اصول کی ایک مثال جو روزانہ دیکھنے میں آتی ہے ایک آبشار سے ملتی ہے، لیکن جسم انسان پر اُس کا اطلاق وسیع طور پر ہوتا ہے چنانچہ مصراعوں کی تنگی اور عدم کفایت (incompetence) سے پیدا ہونے والے خریرات کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے، گو یہاں یہ بتلا دینا چاہئے کہ خریر کا ایک مزید سبب مصراعوں کی کوروں کے یا اُن کی روئیدگیوں (vegetations) کے وہ ارتعاشات بھی ہو سکتے ہیں جو جوشے خون کے اندر ہوتے ہیں۔ منجمعار (fluid vein) کے اصول سے اُن خریرات کی توجیہ بھی ہوتی ہے جو فاصل بطین (septum ventriculosum) کے کسی انثقاب میں سے خون کے گذرنے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ طبعاً، جبکہ خون بڑے شرائین میں سے چھوٹے شرائین کے اندر جاتا ہے کوئی آواز نہیں سنائی دیگی۔ لیکن اگر شریان پر دباؤ پڑے تو ایک آواز پیدا ہوگی۔ فی الحقیقت انبساطی فشار (diastolic pressure) ایسے ہی ذرائع سے متعیّن کیا جا سکتا ہے۔ اسی طرح اگر بڑے اُوردہ پر دباؤ پڑے تو ایک خریر سنائی دیگا، اور شریانی انورسما اور شریانی وریدی انورسما میں بھی۔ بالآخر، یہی اُصول اُس وقت بھی کارفرما ہوتا ہے جبکہ دورانِ تنفس میں ہوا کی رَووں کی حرکت سے آوازیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ آوازیں منہ میں پیدا ہو سکتی ہیں، جیسے کہ سیٹی بجانے میں، نیز ناک کے اگلے یا پچھلے منخروں میں، مزمار (glottis) میں، یا تنفسی شعیبات اور ہوائی تاچوں کے درمیان۔

خریراتِ قلب ایک دوسرے سے امور ذیل میں مختلف ہوتے ہیں:۔
(۱) بہ لحاظِ وقت۔ (۲) قلب کے دَہنوں کے ساتھ اپنے تعلق میں۔ (۳) آواز کی نوعیت میں۔

خریرات کا وقت۔ وہ خریرات جو پہلی آواز کے ساتھ سنائی دیتے اور اُس کے بعد ہوتے ہیں، بطینوں کے انقباض کے دوران میں واقع ہوتے ہیں اور انکماشی (systolic) کہلاتے ہیں۔ وہ جو دوسری آواز کے ساتھ، یا اُس کے اور اُس کے بعد کی پہلی آواز کے درمیان سنائی دیتے ہیں، اِتساع بطین کے دوران میں واقع ہوتے ہیں اور انبساطی (diastolic) کہلاتے ہیں۔ یہ خریرات انبساطی میں، اپنے محلِ وقوع کے لحاظ سے عاجل (early)، وسطی (mid) اور

220

آجل (late) انبساطی کہلاتے ہیں۔ آخرالذکر کو زیادہ عام طور پر قبل انکماشی (pre-systolic) کہتے ہیں۔ اور جب وہ، جیسا کہ بیشتر اصابتوں میں ہوتا ہے، بائیں اُذین کے انکماش سے خون کے ایک تنگ فتحہ میں سے بزور گذرنے کی وجہ سے ہوتا ہے تو اُسے اُذینی انکماشی (auriculo-systolic) کہہ سکتے ہیں۔ کسی خاص خریر کے وقت کی تعیین کے لئے اُس کا محلِ وقوع ضربِ قلب کے لحاظ سے یا غضروفِ درقی کے پاس سباتی شریان کی ضرب کے لحاظ سے نوٹ کرنا چاہئے۔ یہ دونوں ضربیں کافی صحت کے ساتھ بطین کے انکماش کی قائم مقام ہوتی ہیں، لیکن نبض کعبری (radial pulse) سباتی شریان کی نبض سے ⅒ سکنڈ بعد واقع ہوتی ہے۔

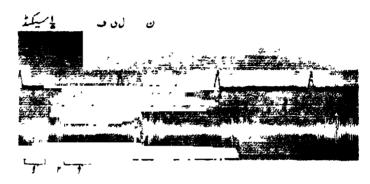
شکل ۱۱۔ مطرانی ضیق کے خریرات کی توجیہ لوئیس (Lewis) کے مطابق۔
ھ۔م۔ ہلالی مصراعوں کی مسدودی جو کہ دوسری آواز کا وقت اور انبساط کی ابتدا ظاہر کرتی ہے۔ ا۔ب۔ا۔ اُذینی بطینی مصراعات کا انفتاح ۲۔ اُذینی انکماشی خریر کا محل وقوع ظاہر کرتا ہے۔ ۱ وسط انبساطی خریر ظاہر کرتا ہے۔ آخرالذکر حقیقت میں ایک غلط نام ہے کیونکہ یہ خریر وسط انبساط سے پہلے واقع ہوتی ہے، لیکن چونکہ یہ انبساط کے آغاز سے بعد شروع ہوتی ہے لہذا اِس کو عاجل انبساطی نہیں کہا جا سکتا۔ حقیقت میں یہ تاخیر پذیر عاجل انبساطی ہے۔

اُورطی دہنہ پر تسدد کی حالت میں بطین کا انقباض، خون کو تسدد کے پار بزور گذار کر ایک خریر پیدا کرتا ہے۔ اسی وجہ سے وہ ایک انکماشی خریر ہوتی ہے اور اگر قلب کی طبعی آوازیں "لب ڈپ" سے ظاہر ہوتی ہیں تو اس خریر کے ساتھ کی آوازیں "لف ڈپ" ("luff-dup") سے ظاہر کی جا سکتی ہیں (صحفہ ۱۰، الف)۔

اُورطی دہنہ پر کی بازروی ارتخاء بطین کے دوران میں ایک خریر پیدا کر دیتی ہے، جو دوسری آواز کے ساتھ شروع ہوتی ہے۔ اسی واسطے وہ عاجل انبساطی (early diastolic) ہوتی ہے (صحفہ ۱۰، الف)۔

مطرانی دہنہ پر بازروی، بطین کے انقباض کے دوران میں ایک خریر پیدا کر دیتی ہے۔ اسی واسطے ایک انکماشی خریر پیدا ہو جاتی ہے (صحفہ ۱۰ ب اور س)۔ مطرانی مصراع کے مقام پر تسدد ہونے سے ایک انبساطی خریر پیدا ہو جاتی ہے، جو اُس وقت واقع ہونے کا رجحان رکھیگی جبکہ خون اُذین سے بطین کی طرف اعظم شدت کے ساتھ بہ رہا ہو یعنے جب دباؤ کا فرق کبیرترین ہو۔ قلبی دور کے دوران میں اُذین اور بطین کے دباؤ کے تغیرات کا علم ہمیں دوران انبساط میں دو ایسے مواقع ظاہر کرتا ہے جبکہ یہ حالت پائی جائیگی (ملاحظہ ہو شکل ۱۱)۔ پہلا موقع انبساط کے آغاز کے ذرا ہی بعد ہے، یعنی دوسری آواز کے بعد، جبکہ بطین کامل طور پر مرتخی لیکن خالی ہوتا ہے اور اُذین اُس خون سے ممتلی ہوتا ہے جو پچھلے اُذینی انکماش کے وقت سے جمع ہو گیا ہے۔ دوسرا موقع خود اُذینی انکماش کے دوران میں ہوتا ہے، جبکہ دروں اُذینی فشار بہت بلند ہوتا ہے۔ اِس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مطرانی ضیق میں دو عام ترین خریرات میں سے ایک تو وہ خریر ہے جو وسط انبساط کے اوائل میں ہوتی اور محض ایک وسط انبساطی خریر موسوم کی جاتی ہے (صحفہ ۱۰ ج، د اور س)، اور دوسری وہ قبل انکماشی یا اُذینی انکماشی خریر ہے جو انبساط کے خاتمہ کے قریب شروع ہو کر پہلی آواز میں ختم ہو جاتی ہے (ج اور د)۔ جب یہ خریرات ملکر ایک ہو جاتے ہیں تو کامل انبساطی (full diastolic) کہلاتے ہیں (ب اور ج)۔ اِس حقیقت کا تذکرہ پہلے ہی ہو چکا ہے کہ سر اس پر ایک متضاعف دوسری آواز اکثر مطرانی ضیق کے باعث ہوتی ہے۔ وہ اُسی طریقہ سے پیدا ہو جاتی ہے جس طرح کہ ایک وسط انبساطی خریر پیدا ہوتی ہے۔ بعض اوقات

صحیفہ ۱۰

اصوات قلب کی تسجیل اور ان کے گرافیں

الف۔ اورطی پیش بسی تغیرات۔ پہلی آواز کی بجائے ایک انقباضی خریر (۲) موجود ہے اور دوسری آواز (۲) کے فی الفور بعد ایک کمزور انبساطی خریر (۱) ہے۔

ب۔ مطرانی ضیق اور بازروی۔ ب۱ میں آوازیں اس القلب (apex) کے ذرا اندر کی طرف تسجیل کی گئی ہیں۔ پہلی آواز بلند ہے اور ایک انقباضی خریر موجود ہے۔ دوسری آواز اور کامل انبساطی خریر بھی ظاہر کی گئی ہے۔ ب۲ میں آوازیں ریوی رقبہ کے اوپر تسجیل کی گئی ہیں۔ پہلی آواز کمزور ہے اور دوسری آواز منقسم ہے۔

ح مطرانی ضیق ۔ ل ۔ "ا کامل انبساطی خریر۔ ا ۔ ڈ صاعد اذینی انکماشی خریر۔ ع ۔ و ۔ ا عاجل وسط انبساطی خریر جس کے بعد ایک خاموش وقفہ ہے۔

د ۔ مطرانی ضیق اور جزوی مسدودیٔ قلب ۔ ف ل فاصلہ بتدریج بڑھ جاتا ہے یہانتک کہ یک ضرب ساقط ہوجاتی ہے۔ پہلی آوازیں ترسیم کے شروع اور آخر میں مفخم ہوجاتی ہیں اور یک چھوٹی سی اذینی انکماشی صاعد خریر موجود ہوتی ہے۔ دوسرے انکماش پر اذینی انکماشی خریر (ا) اور پہلی آواز ایک دوسرے اسلئے جدا ہیں کہ ف ل فاصلہ طویل ہوگیا ہے۔ اسکے بعد جب بطینی ضرب غائب ہوتی ہے تو اذینی انکماشی خریر تنہا موجود ہوتی ہے۔ "ا عاجل وسط انبساطی خریر۔

ر ۔ ایک مفتوح قناۃ شریانی کی اصابت میں ساقی نبض نگارش اور اصوات قلب کی تسجیل۔ ایک انکماشی خریر موجود ہے جو کہ انکماش کے ختم پر ضرب بطینی کناؤ کے مقابل مفخم ہے اور انبساط کے بیشتر حصہ میں جاری رہتی ہے۔

س ۔ ایک مطرانی ضیق اور بازروی اور اذینی رشکی انقباض کی اصابت میں انکماشی اور انبساطی خریرات ۔ پہلی دو اور آخری دو ضربات کے ساتھ جو خریرات پائی جاتی ہیں وہ مسلسل ہوتی ہیں ۔ جب ضربات کے درمیان وقفہ طویل ہوجاتے تو دو انکماشوں کے درمیان خاموش وقفے درج کئے جاتے ہیں۔ (یہ تصاویر ڈاکٹر کرامٹن براموئیل کے اندراجات سے لی گئی ہے)

جبکہ قلب تیزی کے ساتھ ضارب ہوتا ہے مطرانی ضیق میں ایک عاجل انبساطی خریر سنائی دیتی ہے ، یعنے ایک ایسی خریر جو دوسری آواز کے ساتھ شروع ہوتی ہے ۔

وسط انبساطی خریر اپنی نوعیت میں نرم (soft) اور [illegible] (blowing) اور بالکل مختصر (short) ہوسکتی ہے ، یا ممکن ہے کہ وہ قرقری (rumbling) ہو اور انبساط کے بیشتر حصے میں جاری رہے ، اور یہ ایک بلند درجہ کی ضیق کی علامت ہے ۔ اُذینی انکماشی خریر بتدریج بلند تر ہوتی جاتی ہے ، اور ایک مفخم (accentuated) پہلی آواز میں ختم ہوتی ہے ۔ وہ " ر ۔ ر ۔ رپ " ("r-r-rup") سے ظاہر کی جاسکتی ہے ۔
وسط انبساطی اور اُذینی انکماشی خریرات دونوں کا ایک ہی وقت میں موجود ملنا ممکن ہے (ج اور د) ، یا ممکن ہے کہ ایک اُذینی انکماشی خریر ایک متضاعف دوسری آواز کے ساتھ ہو ۔

یہاں جو کچھ اُورطی اور مطرانی مصراعات کے متعلق بیان کیا گیا ہے وہی بہ تبدیلی الفاظ ریوی اور مثلثی مصراعات کے متعلق کہا جا سکتا ہے ۔

خریرات کا تعلق قلب کی لے کے ساتھ اور اُس میں سے خون کے بہاؤ کے ساتھ کیا ہے یہ ذیل میں بصورت جدول اس طرح ظاہر کیا جاسکتا ہے :۔

دہنہ	ضرر	خریر
اُورطی یا ریوی	تسدد	انکماشی
	بازروی	انبساطی
مطرانی یا مثلثی	تسدد	انبساطی { عاجل ، وسطی ، آجل ۔ (قبل انکماشی یا اذینی انکماشی)
	بازروی	انکماشی

انہیں سے ریوی بازروی (pulmonary regurgitant) کے خریرات اور مثلثی تسدد (tricuspid osbtructive) کے خریرات نہایت شاذ ہیں ۔ اور ریوی تسدد کے خریرات بقیہ پانچ کی نسبت نادرالوقوع ہوتے ہیں ، تاہم ریوی شریان کے خطہ پر ایک انکماشی خریر کا ، خون کی مقدار یا صفت کے تغیرات کے ساتھ پایا جانا

بالکل عام ہے، اور اسے دَموی خریر (hæmic murmur) کہتے ہیں۔

یہ امر ظاہر ہے کہ مندرجہ بالا آٹھ امکانی ضررات (چار دہنوں میں سے ہر ایک تسدد یا بازروی) محض ان کے خریرات اور قلب کی آوازوں کے باہمی تعلق پر سے نہیں شناخت کئے جا سکتے۔ لیکن ہمیں پیش قلبی رقبہ کے اُن مختلف نقطوں سے جن پر وہ بہترین سُنے جاتے ہیں، اُن کے تمیز کرنے میں مدد ملتی ہے۔ یہ نقطے سطح کے نیچے مصراع کی اصلی جگہ سے نہیں متعین ہوتے، بلکہ دہنے سے گذر کر بہنے والے خون کی رَو کی سمت سے، اور اُس سمت سے جس میں صوتی ارتعاشات پیدا ہوتے ہیں متعین ہوتے ہیں۔ خون کا بہاؤ جو اُورطی میں وسط قص سے دائیں ترقوی ہڈی کیطرف ریوی شریان میں قص سے اوپر کی طرف بائیں رُخ میں، اور قلب میں اُذین سے بطین میں ہوتا ہے، ہر خریر کو ایک خاص راستہ سے منتقل کرتا ہے۔ اور بازروی کے خریرات (regurgitant murmurs) کی صورت میں خون کی بازروی (reflux) اُورطی مصراعوں میں سے بطین میں، اور مطرانی مصراعوں میں سے اُذین میں، ایسے ہی طریقہ سے عمل کرتی ہے۔ رقبہ (area) کی اصطلاح (مطرانی رقبہ، اُورطی رقبہ) کا اطلاق اکثر پیش قلب (præcordia) یا متصلہ دیوار صدر کے اُس حصہ پر کیا جاتا ہے جہاں ایک خاص خریر عموماً سُنی جاتی ہے، اور مصراعی مرض کے لئے استماع قلب کرتے وقت اِن رقبوں کا یکے بعد دیگرے امتحان کرنا چاہئے۔

اُورطی تسدد کے خریرات سب سے زیادہ شدت کے ساتھ دوسری دائیں ضلعی کُرّی اور عظم القص کے مقام اتصال پر، اور دوسری دائیں بین ضلعی فضا کی انتہا (اُورطی رقبہ) پر سنائی دیتے ہیں۔ اُن کا تعاقب اوپر کی طرف دائیں ترقوی ہڈی کے اندرونی نصف کی جانب، اور گردن کے عروق میں کیا جا سکتا ہے، اور بعض اوقات وہ دائیں فوق الشوکہ حفرہ (supraspinous fossa) میں سنائی دیتے ہیں۔

اُورطی بازروی کے خریرات اُورطی رقبہ پر سنے جاتے ہیں۔ نیچے اُن کا تعاقب عظم القص یا اُس کی بائیں ہاتھ والی جانب کے برابر برابر، راس قلب کے رُخ میں کیا جا سکتا ہے، یعنے خون کی بازرو دھار کے خط کے ساتھ ساتھ۔ وہ عموماً

عظم القص کے بائیں جانب بلند ترین ہوتے ہیں، اور بعض اوقات صرف یہی وہ جگہ ہوتی ہے جہاں وہ سُنے جا سکتے ہیں۔

مطرانی تسدّد کے خریرات صدر کے ساتھ صدم القلب کا جو نقطہ ہے اس (مطرانی رقبہ) پر سب سے زیادہ بلند سنائی دیتے ہیں۔ گو بعض اوقات وہ اِس نقطہ اور عظم القص کے درمیان کم و بیش موجود ہوتے ہیں، وہ راس پر ہمیشہ بہترین سنائی دیتے ہیں، اور اکثر ایک یا ڈیڑھ انچ کے رقبہ پر سختی کے ساتھ محدود ہوتے ہیں۔ سماع الصدر کو نہ صرف اُس مقام پر رکھنا چاہیئے کہ جہاں صدم کو طبعاً ہونا چاہیئے بلکہ ہمیشہ حقیقی ضربِ قلب پر رکھنا چاہیئے جو کہ امتحان سے معلوم ہوتی ہے۔ اگر صرف ہلکا دباؤ ہی کام میں لایا جائے تو وہ بہترین سنائی دیتے ہیں۔

مطرانی بازروی کے خریرات بیشتر راسِ قلب پر سب سے زیادہ شدت کے ساتھ سنائی دیتے ہیں، لیکن وہ عموماً پیش قلبہ پر سے عظم القص اور قاعدۂ قلب کی طرف وسیع طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں، اگرچہ بالعموم وہ بائیں جانب کو تعاقب کرنے پر زیادہ زور سے سنائی دیتے ہیں۔ بغل میں اکثر اُن کی بلندی جاتی رہتی ہے، لیکن وہ بائیں عظم الکتف کے زاویہ پر پھر سنائی دینے لگتے ہیں۔

ریوی تسدّد کے خریرات بڑی شدت کے ساتھ دوسری بائیں بین ضلعی فضا میں اُس کے اندرونی سرے (ریوی رقبہ) پر سنائی دیتے ہیں، اور اُن کا تعاقب اُس فضا میں باہر کی طرف، اور اوپر بائیں ترقوہ کی طرف کیا جا سکتا ہے۔

ریوی بازروی کے خریرات تیسری بائیں ضلعی کرّی کے عظم القص کے ساتھ اتصال کے مقام پر، اور وہاں سے نیچے کی طرف دائیں بطین پر، عظم القص کے بائیں کنارے کے برابر برابر سنائی دیتے ہیں۔

مُثلّثی تسدّد کے خریرات بعض اوقات (مطرانی تسدد کے خریرات کی طرح) ایک قبل انکماشی یا وسط انبساطی لَے کے ساتھ عظم القص کے بائیں جانب اُس کے اور چوتھی ضلعی کرّی کے مقام اتصال پر سنائی دیتے ہیں۔

مُثلّثی بازروی کے خریرات عظم القص کے زیرین نصف پر، اُس رقبہ پر سنائی دیتے ہیں جو قلب کے اُس حصے کے ساتھ خاصے قریبی طور پر متناظر

ہوتا ہے جو دونوں پھیپھڑوں کے درمیان کھلا ہوا رہ جاتا ہے لیکن وہ اکثر غضروف حنجری کے قاعدے (مثلثی رقبہ) پر محدود ہوتے ہیں ۔

قلب کے پیدائشی نقائص اور اورطی انورسما کے باعث پیدا ہونے والے خریرات بعد میں بیان کئے جائینگے ۔

خریر کی نوعیت ۔ آواز کی نوعیت اکثر اوقات نفخی (blowing)، اور بعض اوقات ریلے جیسی (rushing)، آرہ چلانے جیسی (sawing)، یا ریتنے جیسی (rasping) ہوتی ہے ۔ بعض اوقات خریرات صریح موسیقی نوعیت رکھتے ہیں مصراع کے نیم علیحدہ شدہ ٹکڑے جو دموی رو میں کھیلتے ہوں، مصراعوں کے انتقابات اور ڈھیلے احبال وتری (chordæ tendinæ) بعض اوقات ایسے ہی خریرات پیدا کرتے ہیں ۔ بعض اصابتوں میں ایک خریر، جو کو موسیقی نہیں ہوتی، ایک نقطہ پر اس ارتفاع (pitch) کی نسبت ایک مختلف ارتفاع (pitch) رکھتی ہے جو کہ وہ ایک انچ فاصلہ پر رکھتی ہے ۔

غالباً خون کی روؤں کی رفتار (velocity) پر جاذبہ (gravity) کے اثر سے، خریرات مریض کی وضع کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں ۔ مثلاً لیٹی ہوئی وضع (recumbent position) میں اکثر اورطی مطرانی اور مثلثی انکماشی خریرات کی بلندی میں ایک زیادتی ہوجاتی ہے ۔ اس کے برعکس کھڑی وضع اکثر مطرانی تسدد کے اور اورطی بازروی کے خریرات کی شدت کو بڑھا دیتی ہے ۔ لیکن اس کے متعلق کوئی قطعی (hard and fast) قاعدہ مقرر نہیں ہے ۔

خریرات کی اہمیت ۔ یہ ایک حیرتناک امر ہے کہ خون جس راستہ (اوردہ، اذین، بطین، شریان) میں سے ہوکر گذرتا ہے اس کے قطریہ (calibre) میں بڑے تغیرات موجود ہونے کے باوجود قلب میں کوئی خریرات عموماً نہیں پیدا ہوتے یہ تصور کرلینا آسان ہے کہ کوئی چھوٹا تغیر، جو کوئی امراضیاتی اہمیت نہ رکھتا ہو صورت حالات کو بالکل بدل دیتا اور ایک خریر پیدا کردیتا ہے ۔

دوران جنگ میں حاصل شدہ، خصوصاً لیوس (Lewis) اور اس کے رفقائے کار کے تجربہ کی بنا پر خریرات کی اہمیت کے متعلق خیالات بہت کچھ بدل گئے

ہیں۔ دستور یہ ہے کہ جس شخص میں انبساطی خریرات موجود ہوں، اور اُورطی بازروی یا مطرانی ضیق ظاہر کریں، اُسے ملازمت کے لئے زیادہ موزوں تصور نہ کیا جائے۔ تاہم انکماشی خریر کی موجودگی کو بالکل نظرانداز کردینا چاہئے، کیونکہ یہ پایا گیا ہے کہ جو اشخاص بالآخر ناقابل ثابت ہوتے ہیں اُن کا تناسب انکماشی خریر رکھنے والوں میں بھی وہی ہوتا ہے جو کوئی خریر بالکل نہ رکھنے والوں میں ہوتا ہے۔ اس کا سبب بلاشبہ یہی ہے کہ بظاہر تندرست اشخاص میں جو انکماشی خریرات سنائی دیتے ہیں وہ بعض اوقات برون قلبی ہوسکتے ہیں، لیکن جب حقیقی مطرانی بازروی موجود ہو تو بعض اوقات اِس ضرر کی تعویض اتنی اچھی ہوتی ہے کہ دوسرے علامات کی غیرموجودگی میں قلب کی کارکردگی میں کوئی قابل شناخت فرق نہیں پایا جاتا۔

وہ خریرات جو کہ چار مصراعی دہنوں میں سے کسی ایک کے حقیقی مرض پر منحصر نہیں ہوتیں۔ مندرجہ بالا بیانات کا اطلاق اُن آوازوں پر ہے جو چار مصراعی دہنوں پر تسددات اور تراوشوں (leakages) سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ لیکن پیش قلبی رقبہ پر ایسی غیرطبعی آوازیں بھی سنائی دیسکتی ہیں جو دوسرے طریقوں سے پیدا ہوجاتی ہیں۔ اِن میں سے بعض وظیفی خریرات (functional murmurs) کہلاتی ہیں، بہ مقابلہ اُن خریرات کے جو قلب کی ساخت کے مرض کے باعث ہوتی ہیں۔

دَموی خریرات (hæmic murmurs)۔ عدیم الدم حالتوں میں جیسے کہ اخضریت (chlorosis) متلف عدم دمویت (pernicious anæmia) اور خون کے بڑے ضیاعات کے بعد رقبۂ قلب پر ایک انکماشی خریر سنائی دیتی ہے۔ یہ اپنی نوعیت میں اکثر کرخت (harsh) ہوتی ہے، اور دوسری بائیں بین ضلعی فضا میں بلندترین سنائی دیتی ہے، اور اُس فضاء کے برابر برابر باہر کی طرف اور بائیں ترقوہ ہڈی کی طرف اِس کا تعاقب کیا جاسکتا ہے، یعنے ریوی شریان میں خون کے بہاؤ کی سمت میں۔ یہ خریر اکثر لیٹی ہوئی وضع میں بلندترین ہوتی ہے، اور مریض کے کھڑے ہونے پر کم بلکہ بالکل غائب ہوجاتی ہے۔ شدید عدم دمویت کی حالت میں بھی راس پر اور پیچھے بھی ایک خریر سنائی دیسکتی ہے۔ اِس کی ایک ممکن توضیح یہ ہے کہ عدم دمویت میں جونے خون کی بڑھی ہوئی رفتار (جو بڑھے ہوئے "رقیق حجم"

"minute volume" کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے) ' ایک تلاطم انگیز حرکت یا خریر پیدا کر دیتی ہے۔

بیرونِ قلبی خریرات (exocardial murmurs)۔ یہ نفخی نوعیت (blowing character) کی آوازیں ہیں ' جو اندرونِ قلب کے تغیرات سے نہیں بلکہ وازکے اُن ارتعاشات سے پیدا ہوجاتی ہیں جو قلب سے باہر نمودار ہوتے ہیں۔ اِن میں سے بعض ہر ضرب کے وقت جسامتِ قلب کے بدل جانے کے باعث ہوتی ہیں ' جس سے شُش کے متصل حصہ میں ہوا کے حرکات نمودار ہوکر قلبی لے کے ساتھ مختصر تنفسی آوازوں کا ایک سلسلہ (قلبی ریوی - cardio-pulmonary) پیدا ہوجاتا ہے۔ ان میں سے عام ترین ایک مختصر بلند ارتفاع (high-pitched) کی انکماشی خریر ہوتی ہے ' جو اکثر راُس تک محدود ہوتی ہے اور عصبی المزاج (nervous) یا گھبرائے ہوئے (excited) اشخاص میں اُن کے طبی امتحان کے وقت سنائی دیتی ہے۔ ایسی خریر بعض اوقات پیچھے بائیں عظم الکتف (scapula) پر اور سامنے بھی سنائی دیتی ہے۔ اگر یہ مسماع الصدر کے سخت دباؤ سے غائب ہوجائے تو بعض لوگ اِس کے بیرونِ قلبی مبداء کو ثابت تصور کرسکتے ہیں۔ لیکن تاموری فرک کی آوازیں (pericardial friction sounds) ' جو یقیناً قلب سے باہر پیدا ہوتی ہیں ' اور غلطی سے اندرونی خروات (internal bruits) سمجھی جاسکتی ہیں ' دباؤ سے اکثر زیادہ ہوجاتی ہیں۔ ایک انکماشی راسی خریر ' جو صرف دورانِ شہیق (inspiration) میں سنائی دے یا صرف اُس وقت تک سنائی دے جبتک کہ شُش پھیلا ہوا رہے ' غالباً اکثر قلبی ریوی ہوتی ہے۔

دوسرے بیرونِ قلبی خریرات قلب کی غیر وضعیت (displacement) سے پیدا ہوجاتے ہیں ' جیسے کہ اُس وقت جبکہ وہ پلیورائی انصباب سے ' یا تشوہات (deformities) صدر سے مضغوط ہوجائے۔ اور دوسرے بیرونِ قلبی خریرات قلب کے بالکل ہم پہلو اور زیادہ بائیں جانب پر شُش اور پلیورا کی مرضی حالتوں سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ بعض اوقات جبکہ ایک بڑا ریوی کہفہ قلب کے قریبی تماس میں ہو ' نہایت غیر معمولی خریرات سنائی دیتے ہیں ' جس کی وجہ یہ ہے کہ ہر صدم القلب کے ساتھ ہوا کہفہ سے

یا ایک باہر خارج ہوجاتی ہے۔

فِرک کی آوازیں (friction sounds) - رگڑ (rub) یا فِرک کی آوازیں بروں قلبی آوازیں ہیں، جو قلب کی حرکتوں کے دوران میں مُلتہب اور کھُردری تامُوری سطحوں کے ایک دوسری پر حرکت کرنے سے پیدا ہوجاتی ہیں۔ وہ اپنی نوعیت میں عموماً کرخت اور رگڑدار (rough and grating) ہوتی ہیں، اور اسی واسطے متذکرۂ بالا نفخی خریرات سے بآسانی تمیز کی جاسکتی ہیں۔ تامُوری رگڑ (pericardial rub) ایک منفرد آواز، انکماش کے دوران میں ہوسکتی ہے، یا ایک دُوہری آواز، جبکہ ایک آواز انکماش کے دوران میں اور دوسری انبساط کے دوران میں ہوتی ہے۔ یا وہ ایک تہری (triple) آواز ہوتی ہے جیسی کہ پہلو بدلنے کی آواز (shuffling) ہوتی ہے، جو نہایت ممیز ہوتی ہے۔ وہ عموماً قلب کی آوازوں کے ساتھ ہم زماں نہیں ہوتی، وہ پیش قلبی رقبہ کے تقریباً کسی بھی حصے میں شروع ہوجاتی ہے اور اُس کے سارے حصے پر پھیل سکتی ہے۔ بعض اوقات وہ سماع الصدر کے دباؤ سے زیادہ بلند ہوجاتی ہے پلیوُرائی تامُوری فِرک کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔

قلب کی قابلیتِ جہد کی تخمین

قلب کے تمام امتحانات میں سے اہم ترین، اُس کی محفوظہ قوت کی تخمین ہے جس سے اُس کی اُس مُجیبیت کا دریافت کرنا مراد ہے جو وہ ورزش و محنت کے بعد ظاہر کرتا ہے۔ یہ اپنی سادہ ترین شکل میں اِس پر مشتمل ہے کہ مریض سے کوئی ورزش یا محنت، جیسے کہ جلد جلد چلنے، لیول پر یا زینہ پر دوڑنے یا ڈمبلس (dumb-bells) سے کوئی سادہ ورزش کرنے کو کہا جائے، اور پھر یہ مشاہدہ کیا جائے کہ آیا اُسکی سانس غیرمعمولی طور پر پھول گئی ہے، یا وہ اُس محنت کے بعد خستہ ہوگیا ہے، آیا وہ زرد پڑ جاتا ہے، یا اُس کا بشرہ تشویشناک ہوگیا ہے، یا اُسے ذبحی درد (anginal pain) پیدا ہوجاتا ہے۔ اس تعلق میں مریض کی سرگذشت بھی نہایت اہمیت رکھتی ہے، مثلاً یہ کہ لڑکپن سے وہ مدرسہ کے کھیلوں میں حصہ لینے کے قابل کبھی نہ تھا، یا یہ کہ رثیہی بخار یا انفلوئنزا یا خناق وبائی کا حملہ ہونے کے بعد سے وہ دوڑنے کے قابل کبھی نہ ہوا، یا یہ کہ

وہ ریل پر سوار ہونے کے لئے کبھی نہیں دوڑتا، کیونکہ اُس کی سانس پھول جاتی ہے یا یہ کہ وہ کبھی دوڑ کر زینہ پر نہیں چڑھتا، اور علیٰ ہذا القیاس۔

ورزش یا محنت کی مجیبیت خربات کی بلندی سے کوئی تعلق نہیں رکھتی۔ یہ حقیقت فوج کے لئے رنگروٹوں کے امتحان کے وقت مشاہدہ میں آئی۔ بہت سے ایسے آدمیوں میں بلند پیش قلبی خربات پائے گئے، جو خود کو ہمیشہ تندرست سمجھتے رہے تھے، اور اُن کے قلوب نے ورزش کی بالکل طبعی مجیبیت ظاہر کی۔ اس کے برعکس اُورطی بازروی کی اصابتوں میں شدید ترین اصابتیں اکثر نرم ترین خربات ظاہر کرتی ہیں۔ قلب کی جسامت کی تخمین سے اُس کی شکل سے، اور عضلۂ قلب کی پیش پردردگی کی مقدار سے تعویض طلب ضرر کی وسعت کا بہتر اندازہ حاصل ہوسکے گا۔ جس اور قرع سے کام لیا جاسکتا ہے، لیکن لاشعاعوں سے نہایت یقینی معلومات حاصل ہوسکتے ہیں۔ پیمائشیں صحیح دروں نگاری طور پر (orthodiagraphically) لینی چاہئیں۔

224

مرحوم ڈاکٹر جی۔ ایچ ہنٹ (G. H. Hunt)، جنہوں نے ورزش کے پہلے اور اس کے بعد شرح نبض پر کثیر التعداد مشاہدات کئے، یقین رکھتے تھے کہ بہ مرض کی حالت میں قلب کی کارکردگی کی تخمین کے لئے مفید ہے۔ ایک معینہ مقدار کے کام کی موقوفی کے عین بعد، پہلے دو منٹوں کے دوران میں ضربات قلب کی تعداد شمار کی جاتی ہے اور اُس کا مقابلہ بحالتِ آرام دریافت کردہ نبض کی شرح سے کیا جاتا ہے۔ ایک نسبت قائم کی جاتی ہے۔ مثلاً یہ فرض کیا جائے کہ شرح نبض بحالت آرام ۷۰ تھی اور ورزش کے بعد ۱۶۰ ضربات شمار کئے گئے، تو نسبت ۲۶۲۹ ہوگی۔ ایک ۱۴ انچ بلند سیڑھی (قدم) سے چڑھنے اور اُترنے پر مشتمل ہوتی ہے۔ طبعی تربیت افراد میں جب وہ اس ورزش کو فی منٹ تیس بار کے حساب سے تین منٹ تک دیتے ہیں تو نبض کی نسبت تقریباً ۲۶۵ ہوتی ہے۔ مریض کے لئے یہ ورزش منتخب کی جاتی ہے (مثلاً دس، پندرہ، یا بیس سیڑھیاں فی منٹ، تین منٹوں کے لئے) کہ جس سے نبض کی نسبت ۲۶۵ پائی جائے۔ فرض کیجئے کہ شرح ۲۰ تھی، تو پھر کارکردگی $\frac{20}{30}$ شمار کی جاتی ہے یعنے طبعی کی $\frac{2}{3}$۔ لیکن اُس شرح کا لحاظ رکھنا بھی مناسب ہے کہ جس پر نبض ورزش کے بعد کم ہوجاتی ہے۔

الف ۔ معتدل درجہ کا مطرانی ضیق ۔ ملاحظہ ہو کہ بائیں طرف اورطی دگیا کے نیچے قلب کا کنارا سیدھا ہے

ب ۔ ترقی یافتہ مطرانی ضیق ۔ ملاحظہ ہو کہ بائیں کنارے پر اورطی دگیا مفقود ہے اور ریوی قمع منتفخ ہے ۔ دائیں کنارے پر جو ہلکا رقبہ ہے ممکن ہے وہ دائیں طرف کو پھیلا ہوا بایاں اذین ہو ۔ (یہ شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہیں)

لاشعاعوں کی مدد سے قلب کا امتحان

اِس ذریعہ سے جسامتِ قلب کی ٹھیک تعیین کی جاسکتی ہے ۔ یہ طریقہ نفاخ کی اصابتوں میں خاص اہمیت رکھتا ہے، کہ جن میں قرع عموماً غیر معتبر ہوتا ہے ۔ چونکہ شعاعیں ضد زیر برقیرہ (anticathode) سے منعکس ہوکر ایک نقطہ سے خارج ہوتی ہیں، لہذا وہ متوازی نہیں ہوتیں۔ اور اِس واسطے پردے پر کا سایہ اُس سے بڑا ہوتا ہے جتنا کہ قلب حقیقۃً ہے ۔ اِس کی اصلاح کے لئے قلب کی پیمائش صحیح دُرون نگاری طور پر ("orthodiagraphically") کرنی چاہیئے۔ ڈائفرام کو نیچے روک دیا جاتا ہے، اور نلی کو اِدھر اُدھر حرکت دیجاتی ہے، جس سے قلب کی کوریں پردے پر تنگ میدان کے وسط میں نظر آتی اور نمایاں ہوتی ہیں ۔

دوسرا طریقہ یہ ہے کہ مریض کو نلی کے سامنے ۶ فیٹ پر رکھکر شعاع نگارش (radiogram) لی جائے ۔ اِس فاصلہ پر شعاعوں کا اِنفراج اِسقدر ہوگا کہ کوئی شدید غلطی پیدا نہیں ہوسکتی۔

اگرچہ لاشعاعوں سے قلب کا امتحان ایک بہت وسیع موضوع ہے اور یہاں اُسکی پوری بحث درج نہیں کی جاسکتی، تاہم چند نسبتہً زیادہ اہم امور کا تذکرہ کیا جاتا ہے ۔

شکل ۱۲ میں، (۱) طبعی قلب کی شکل اور وضع نگار تشریح ظاہر کرتی ہے دیکھو اُورطی محراب اوپر کو دائیں طرف بروز کرنے والا ایک نمایاں ڈگیا (knuckle) بناتی ہے ۔

(۲) اسوقت جبکہ مریض دائیں اگلی ترچھی وضع میں ہو، شعاعیں پشت سے سامنے آرہی ہوں طبعی حالت کو ظاہر کرتی ہے ۔

صفحہ ۱۱ (مطرانی ضیق) میں شکل ممیز ہے اُورطی ڈگیا جیسا کہ طبعی حالات میں ہوتا ہے کوئی نہیں ہے اس سے ذرا نیچے جو انساع ہے وہ بائیں اُذینی ضمیمہ کے اتساع کی وجہ سے نہیں ہے جو کہ ہمیشہ بہت چھوٹا رہتا ہے، بلکہ یہ ریوی شریان کے قمع کی وجہ سے ہے جو کہ متسع ہوتا ہے اور اکثر ایک اُبھار پیدا کردیتا ہے، لیکن بایاں بطین معمول کی نسبت چھوٹا ہے، لہذا راس نوکیلا ہوجانے کا رجحان رکھتا ہے اور قلب کا بایاں کنارا

معمول کی نسبت زیادہ انتصابی ہے۔ اُذین متسع ہوتے ہیں اور دیوار میں پیم نکلنے کے سبب ترچھی وضع میں جیسا کہ (۲) میں بخوبی نظر آتا ہے۔ مری منحنی ہو جاتی ہے۔ بایاں اذین بسا اوقات بہت ہی متسع ہوتا ہے (انورسمائی اتساع)، اور دائیں طرف اس سے زیادہ پھیلا ہوتا ہے کہ جتنا بایاں اُذین۔

صفحہ ۱۲ الف میں جو تعویض یافتہ (compensated) اورطی یا زردی کی ایک اصابت ظاہر کرتا ہے، بایاں بطین گول اور راس نیچے اور باہر کی طرف ہٹا ہوا ہے راس پر بکثرت نبضان ہے۔ اورطی متسع ہے اور گرہ (knuckle) بہت ہی نمایاں ہے۔

خالص پیدائشی ریوی ضیق میں دایاں بطین بیشس پرورده اور دایاں اذین متسع، اور بایاں بطین باہر کی طرف ہٹا ہوا اور بالکل چھوٹا ہے (صفحہ ۱۲، ب)۔ اکثر ریوی شریان کا مبدا متسع ہوتا ہے، لیکن اس کا سبب غیر واضح ہے۔ جب فاصل بھی ناکمل ہوتا ہے تو قلب کی شکل طبعی ہوتی ہے، اگرچہ وہ بڑی ہوتی ہے۔

225

اس کی تعیین میں بھی کہ آیا قلب غیر معمولی طور پر بڑا ہے، صحیح دروں نگاری پیمائشیں مفید ہیں، جو ایک معمولی لاشعاعی منصوبہ (X-ray installation) سے بالکل آسانی سے حاصل کی جا سکتی ہیں۔ بہترین پیمائش جو لی جاتی ہے عرضی چوڑائی ہے جو کہ شکل ۱۲ (۱) میں دو ٹکڑوں د اور د سے بنی ہوئی ہے۔ مطلوبہ نقطوں کے مقام کی تعیین دشوار ہونے کی وجہ سے طولی پیمائش عموماً اتنی تشفی بخش نہیں ہوتی طبعی قدروں کا انحصار فرد کے وزن پر رہتا ہے۔ رائل ایئر فورس (Royal air force) سے لیئے ہوئے اٹھارہ اور چالیس سال کی عمروں کے درمیان بہترین نتائج کا حساب جدول میں خاص طور پر لگایا گیا ہے (63)۔ قلب کا عرضی قطر لانبے پتلے لوگوں میں چھوٹا ہوتا ہے کیونکہ وہ انتصابی طور پر پڑا ہوتا ہے اور عکس اگر فرض کرو کہ قطر اقل سے ذرا کم ہے، اور موضوع کا وزن، جیسا کہ اس کی لمبائی سے اندازہ لگایا گیا ہے (ملاحظہ ہو جدول صفحہ 472)، اوسط سے کم ہے، ایسی صورت میں موضوع کو طبعی سمجھنا چاہئے۔ جب موضوع کا وزن اندازہ لگائے ہوئے وزن سے زیادہ ہو تو اعظم کی صورت میں بھی ایسی ہی رعایت کرنی ضروری ہے۔

تختہ ۱۲

الف۔ اوپری بازوؤں۔ گول جبینی سایہ اور منتشر ورمی ملاحظہ ہو۔

(شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہے)

ب خالص ریوی نسیج جس میں دائیں طرف اتساع اور بیش پروردگی ہے۔

شکل ۱۲

(۱) قلب کی شعاعیاتی تشریح۔ مقدم (۲) دائیں مقدم ترچھی (بجے۔ پارکنسن)۔

ٹریڈگولڈ اور برٹن

(Treadgold and Burton)

وزن (پونڈوں میں)	قلب کی چوڑائی (د + د)		
	اقل	اوسط	اعظم
۲۰۰	۱۲٫۳	۱۳٫۷	۱۵
۱۹۰	۱۲	۱۳٫۳	۱۴٫۶
۱۸۰	۱۱٫۶	۱۲٫۹	۱۴٫۲
۱۷۰	۱۱٫۳	۱۲٫۶	۱۳٫۸
۱۶۰	۱۱	۱۲٫۲	۱۳٫۵
۱۵۰	۱۰٫۷	۱۱٫۹	۱۳٫۱
۱۴۰	۱۰٫۴	۱۱٫۵	۱۲٫۷
۱۳۰	۱۰٫۱	۱۱٫۱	۱۲٫۳
۱۲۰	۹٫۷	۱۰٫۸	۱۲٫۰
۱۱۰	۹٫۴	۱۰٫۴	۱۱٫۶
۱۰۰ (قیاس کردہ)	۹٫۱	۱۰٫۱	۱۱٫۳

عروقِ دمویہ کا امتحان

226

نبض کعبری
(radial pulse)

نبض قلب کے فعل اور دورانِ خون کی حالت معلوم کرنے کا ایک اہم ذریعہ ہے ۔ نبض کعبری پر مشاہدات کے لئے کلائی میں کعبری شریان (radial artery) نہایت عام طور پر کام میں لائی جاتی ہے ۔ لیکن نبض کا امتحان دوسرے مقامات میں بھی کیا جاتا ہے، مثلاً زندی شریان (ulnar artery) میں کلائی میں، عضدی شریان (brachial artery) میں بازو میں، سباتی شریان (carotid) میں غضروفِ درقی (thyroid cartilage) کے پہلو میں، وجہی شریان (facial artery) میں اس مقام پر کہ جہاں وہ نیچے کے جبڑے کے گرد گھومتی ہے، اوپری صدغی شریان (superficial temporal artery) میں کان کے اوپر، فخذی شریان (femoral artery) میں پوپارٹ کے رباط کے نیچے، پچھلی قصبیتی شریان (posterior tibial) میں اندرونی کعبیہ (internal malleolus) کے پیچھے، اور ظہری قدمی شریان (dorsalis pedis) میں پہلی بعد حمارتی (metatarsal) ہڈی کے قاعدے کے قریب ۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ کعبری شریان ہمیشہ ہی اپنے طبعی مقام پر نہیں رہتی، بلکہ بعض اوقات کعبرہ (radius) پر گھوم کر کلائی کے جوڑ سے ایک یا دو انچ اوپر کلائی کی پشت پر چلی جاتی ہے، اور ایسا ایک یا دونوں طرف ہونا ممکن ہے ۔ شاذ شالوں میں کعبری شریان غیر معمولی طور پر چھوٹی ہوتی ہے اور اسکی تعویض رفیق عصب وسطی شریان (comes nervi mediani) اپنی غیر معمولی جسامت سے کر دیتی ہے ۔

نبض میں امورِ ذیل نوٹ کرنے کے قابل ہوتے ہیں :-

شرح نبض اور توازن ۔ شرح نبض یا نبض کا تواتر اور اس کی لے

یا نظم دونوں قلب کے فعل پر استقدر کلی طور پر انحصار رکھتے ہیں کہ اُن کے تغیرات پر
اُسی وقت غور کرنا بہتر ہوگا جبکہ فعلِ قلب کی غیر طبعی حالتوں سے بحث ہوگی۔ یہاں
اسی قدر بیان کردینا کافی ہے کہ طبعی طور پر قلب ایک منٹ میں تقریباً ستر بار منظم طور پہ
ضرب لگاتا ہے، جس میں پچاس اور اسی کے درمیان اختلافات ہوتے ہیں۔ یہ کہ
نبض کُعبری کی موج، صدمہ القلب (impulse of the heart) سے نسبتہً معتدبہ
وقفہ کے بعد محسوس ہوتی ہے۔ اور یہ کہ اگر کسی وجہ سے بُطین کے انقباضات اُورطی
کے مصراعوں کی راہ سے کوئی خون خارج نہ کریں تو نبض کی ضربات بُطین کے انقباضات
کی نسبت، تعداد میں کم ہوجاتی ہیں۔

نبضان (pulsation) کی مقدار اور زرق ضغط النبض (=pulse pressure)۔ اس کی تعیین کا طریقہ یہ ہے کہ شریان پر اُنگلی کا دباؤ بڑھاتے جائیں یہانتک کہ اتم نبضان محسوس ہو۔ آخرالذکر ضغط النبض کا نمائندہ ہے۔ نبض سریع (pulsus celer) میں یہ دباؤ بہ سرعت نمویاب ہو جاتا
ہے (ملاحظہ ہو اُورطی بازروئی =aortic regurgitation)۔ نبض بطی (pulsus tardus) میں یہ تاخیر کے ساتھ نمویاب ہوتا ہے (ملاحظہ ہو ضیق الاُورطی aortic =stenosis)۔ ضغط النبض شریان کی جسامت کے ساتھ، خون کی اس مقدار کے ساتھ
جو ہر ضربِ قلب کے ساتھ شریان کے اندر بھیجی جاتی ہے، اور اُس سرعت کے ساتھ
کہ جس سے قلب خون کو اُورطی کے اندر داخل کرتا ہے، اختلاف پذیر ہوتا ہے۔
جب ضغط النبض قابلِ اطمینان ہو تو نبض کو بعض اوقات ممتلی (full)، کبیر
(large) یا مُشرف (bounding) کہتے ہیں۔ جب ضغط النبض کم درجہ کا ہو تو نبض کو صغیر
(small) کہتے ہیں۔

شکل ۱۳ الف - طبعی نرم نبض۔ دباؤ ۲ اونس۔ ب - بخار کی صلب نبض۔

ایک غیر منظم نبض میں ضربات عموماً اپنے نبضان کی مقدار میں، نیز اپنے وقوع کے وقت میں اختلاف پذیر ہوتے ہیں، کیونکہ ایک طویل انبساطی (diastolic) عرصہ سے بُطین کے اندر زیادہ خون جمع ہونے کے لئے وقت ملجاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر قلب اطمینان بخش طریقہ سے نبض لگا رہا ہے تو آئندہ ضرب کے ساتھ اورطی مصراع کی راہ سے زیادہ خون خارج ہوگا (ملاحظہ ہو شکل ۲۹ اور ۲۰ صفحہ 237 پر)۔

نبض متناقض (pulsus paradoxus) میں دورانِ شہیق میں نبض کی بہت تخفیف یا کلی غیر موجودگی ہوتی ہے۔ اگرچہ یہ شاذ ہوتی ہے، لیکن کئی حالتوں کے تحت واقع ہوسکتی ہے، جیسے کہ التہابِ واسطی وتامور (mediastino-pericarditis)، التہاب تامور (pericarditis)، واسطی سلعہ، شدید کمزوریٔ قلب، پلیورائی انصباب، یا ہوائی گذرگاہوں کے تسدّد (obstruction) میں۔ نبض کے حجم کا تذکرہ صفحہ 223 پر کیا گیا ہے۔

شریانی دیوار۔ اگر نبض کو انگلی کے دباؤ سے روکا جائے اور خون سے خالی کردیا جائے تو اسے بحالتِ صحت شاذ ہی ایک جداگانہ ساخت کے طور پر محسوس ہونا چاہئے۔ لیکن اگر وہ شریانی تصلب (arterio-sclerosis) کی وجہ سے دبیز یا استوار ہوگئی ہے تو بآسانی محسوس ہوجاتی ہے۔ اور اگر اس میں انتہا درجہ کی تکلیس ہوگئی ہے تو رگ کی لمبائی پر انگلی اوپر اور نیچے پھیرنے سے کلسی جماؤ کی ناہمواریاں محسوس کی جاسکتی ہیں۔

227

نبض کی سختی یا شریانی دباؤ (arterial pressure)۔ اگر شریان پر انگلی بڑھتے ہوئے زور کے ساتھ دبائی جائے تو بالآخر خون کا بہاؤ موقوف ہوجاتا ہے۔ بہترین یہ ہے کہ شریان کو بائیں ہاتھ کی انگشتِ شہادت سے دبایا جائے، اور دوسرے ہاتھ کی انگشتِ شہادت نیچے رکھدی جائے تاکہ اس سے معلوم ہوجائے کہ نبض کب رکتی ہے۔ اس ہاتھ کی دوسری انگلیاں شریان پر اور آگے بڑھ کر دبانی چاہئیں، تاکہ شریانی تفمّمات (arterial anastomoses) کی وساطت سے نیچے سے کوئی نبض اوپر کو نہ آنے پائے۔ وہ نبضیں جن میں خفیف سا دباؤ کافی ہو لیّن (soft) یا ضغط پذیر (compressible) کہلاتی ہیں، اور وہ جن میں زیادہ دباؤ کی ضرورت ہو

صَلب (hard) یا ضغط ناپذیر (incompressible)- اُنگلی کے دباؤ سے نبض موقوف ہو جانے کے بعد اگر اُنگلی کو آہستگی کے ساتھ اُٹھایا جائے تو نبض صَلب کی حالت میں خون اُنگلی کے نیچے اس سے بہت زیادہ قوت کے ساتھ گذرتا ہوا محسوس ہوگا کہ جتنا وہ نبض لین کی حالت میں گذرتا ہے۔ صلابت نبض اور ضغطِ نبض بلا ایکدوسرے پر منحصر ہوئے اختلاف پذیر ہوسکتے ہیں۔ اوسط انبساطی ضغط (mean diastolic pressure) کا اندازہ اُس ضغط یا دباؤ کو نوٹ کرکے کیا جاسکتا ہے جو اعظم نبضان حاصل کرنے کے لئے اُنگلی کو شریان پر لگانا پڑے۔

اگرچہ یہ امور ایک تربیت یافتہ طبیب کی انگلی سے ایک خاص حد تک شناخت ہوسکتے ہیں، تاہم زیادہ دقیق تفصیلات صرف آلات کے ذریعہ سے معلوم ہوسکتے ہیں جنمیں سے نبض نگار (sphygmograph) اور ضغط النبض پیما (sphygmomanometer) کا استعمال عام ہے۔

شکل ۱۴- الف ضربتینی نبض تپ میں - تپش ۱۰۲ء۲ْ - ب - بیش ضربتینی نبض تپ میں (تپ محرقہ) - تپش ۱۰۳ْ -

نبض نگار (sphygmograph)-

اس آلہ میں ایک ہلکی کمانی کعبری شریان کو دباتی ہے، اور شریانی دیوار کی حرکت ایک بیرم کو منتقل ہو جاتی ہے۔ اور اس میں ایک باریک نوک لگی ہوئی ہوتی ہے، جو تکبیر یافتہ (magnified) حرکات کی ترسیم ایک سیاہ کاغذ پر کردیتی ہے، جو ایک گھڑی کل (clockwork) کے ذریعہ اُفقاً حرکت کرتا رہتا ہے۔ شریان پر کمانی کا ضغط (pressure) جو صحیح اندراج حاصل کرنے کے لئے ضروری ہے ہر حالت کے ساتھ مختلف ہوتا ہے، اور بہترین آلات وہ ہیں جو استعمال کردہ ضغط کی مقدار کی تسجیل اونسوں (ounces) میں کرتے ہیں۔

تواتر اور نظم (regularity) کے علاوہ، جو فی الفور محسوس کئے جا سکتے ہیں، اندراج کے دوسرے خصوصیات بھی ہیں جن کے لئے خاص مطالعہ کی ضرورت ہے۔ نبض شریانی کی ہر ضرب کی ترسیم میں (ملاحظہ ہو شکل ۱۳) ایک جزو صاعد (upstroke) ہوتا ہے، جو غیر منقطع اور تقریباً انتصابی ہوتا ہے۔ اور ایک جزو نازل (downstroke)، جو ترچھا ہوتا ہے، اور ایک یا دو ارتفاعات سے منقطع (interrupted) ہوتا ہے جنکے درمیان نشیب مائل ہوتے ہیں۔

جزو صاعد (upstroke) دباؤ کی زیادتی کا نمائندہ ہے، جو بائیں بطین کے انقباض کے باعث ہوتی ہے، جبکہ وہ بطین اُورطی کے اندر خون کو دھکیلتا ہے۔ دباؤ کی یہ موج بہ سرعت محیطی شرائین میں منتقل ہو جاتی ہے۔ اِس جزو صاعد (upstroke) کے راس کو موجِ القراع (percussion wave) کہتے ہیں۔ اِس کی بلندی بطینی انقباض سے خارج شدہ خون کی مقدار سے متناسب ہوتی ہے، اور انقباض کی سرعت یا فجائیت (suddenness) ضربی جزو (stroke) کے انتصابی کمر سے ظاہر ہوتی ہے۔ یہ بلندی اُسوقت بھی زیادہ ہوتی ہے جبکہ شریانی دیوار ملائم (yielding) ہو، اور اُسوقت کم ہوتی ہے جبکہ شریانی دیوار تنیدہ (tense) اور مدافع (resistant) ہو۔ اشکال ۱۳ الف اور ب اور ۱۴ الف اور ب کا اشکال ۱۵ الف، ب، ج سے مقابلہ کرو۔[1]

228

جزو نازل (downstroke) کے کمر پر کے ارتفاعات میں سب سے زیادہ مستقل ضربتینی موج (dicrotic wave) ہے (شکل ۱۳ الف ج شکل ۱۴ الف ج۔ شکل ۱۵ الف ج)۔ یہ بیشتر نبضوں میں موجود ہوتی ہے۔ جب یہ نہایت نمایاں ہو، جیسے کہ شکل ۱۴ ب میں، تو اِس موج کو اُنگلی محسوس کر سکتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نبض متضاعف (reduplicated) معلوم ہوتی ہے، جو نام نہاد "ذو ضربتین"

[1] یہ ارتسامات ماری کے نبض نگار سے لئے گئے تھے۔ ایک لمبا اور سریع جزو صاعد نیچے کی طرف اسوجہ سے خمیدہ ہے کہ سوئی ایک لمبے بیرم کے سرے پر لگی ہوئی ہے، جو ایک ایسے نصاب (fulcrum) پر کام کرتا ہے، جس کا محور کاغذ کی حرکت کے خط سے عرضی رُخ میں ہے۔

("dicrotic") نبض ہے ۔ یہ ایک موج کے باعث ہے، جو مسدود اُورطی مصراعوں سے اور اُورطی کی دیواروں سے معکوس ہوتی ہے۔ اِس سے عین پہلے ایک نشیب ہوتا ہے، جس کا نام ضربتینی کٹاؤ (dicrotic notch) ہے، جو بُطینی اِنکماش (ventricular systole) سے متناظر ہوتا ہے، اور اُورطی مصراعوں کی مسدودی کا نمائندہ ہے۔ اِس طرح، موج القرع (percussion wave) کے آغاز اور ضربتینی کٹاؤ (dicrotic notch) کے پیندے کے درمیان کا فاصلہ، انکماشی عرصہ (systolic period) کہلاتا ہے۔ جب ضربتینی کٹاؤ قاعدی خط تک پہنچ جاتا ہے (شکل ۱۴ الف)، تو نبض کامل ضربتینی (fully dicrotic) کہلاتی ہے بعض اوقات وہ قاعدی خط سے نیچے واقع ہوتا ہے، اور پھر نبض بیش ضربتینی (hyperdicrotic) کہلاتی ہے (شکل ۱۴ ب)۔ اِس صورت میں دوسری ضرب کی موج القرع ضربتینی موج کے تمام تر گذر جانے سے پہلے آتی معلوم ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ فی الحقیقت یہ واقعہ ضربات کی بڑھی ہوئی سرعت کے باعث ہو۔ ضربتینیت

ا ب ج د

شکل ۱۵۔ الف۔ حاد مرض برائٹ ۔ دباؤ ۴ اونس ۔ ب ۔ حاد مرض برائٹ، ۵ ہفتہ کی مدت ۔ دباؤ ۷ اونس۔ ج ۔ مزمن مرض برائٹ ۔ دباؤ ۲ اونس ۔

(dicrotism) نبض لیّن (soft pulse) یعنے کم تناؤ والی نبض میں بہترین نمایاں ہوتی ہے، جبکہ شریانی دیوار ملائم ہوتی ہے ۔ وہ عروقی حرکی شلل (vaso-motor paralysis) کا ایک عام نتیجہ ہوتی ہے، جیسا کہ طویل المدّت حموی اصابتوں میں دیکھا جاتا ہے (شکل ۱۴)، اور اَمائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کے استعمال سے فی الفور پیدا کی جا سکتی ہے ۔ وہ اُن حالتوں سے کم یا زائل ہوجاتی ہے جو نبض صلب (hard pulse) یعنے بلند تناؤ والی نبض پیدا کردیں، جیسے کہ مرضِ برائٹ ۔ نیز وہ اُورطی بازروی (aortic regurgitation) سے، جو ایسی حالت ہے کہ جس میں

موج کا انعکاس ناکمل طور پر واقع ہوتا ہے، کم یا زائل ہوجاتی ہے۔

موج القرع اور ضربتینی موج کے درمیان، یعنے اُورطی کٹاؤ سے پہلے اور اِسواسطے بُطین کے عرصۂ اِنکماش سے تناظراً، اکثر ایک موج ہوتی ہے جو خون کے اُس باہر کی طرف جانے والے بہاؤ سے منسوب کی جاتی ہے، جو موج القرع کے بعد ہوتا ہے۔ اُسے جزری موج (tidal wave) یا موج قبل الضربتین (predicrotic wave) کہتے ہیں (شکل ۱۴ الف ب شکل ۱۴ الف ب)۔ وہ صُلب نبضوں میں بہترین دیکھی جاتی ہے (شکل ۱۵)، یعنے بلند تر یانی تناؤ کی حالتوں میں جبکہ یہ گمان ہوسکتا ہے کہ خون کے تموجات غیر معمولی طور پر عمدگی کے ساتھ منتقل ہونگے۔ بعض اوقات جزری موج اتنی اچھی نمایاں ہوتی ہے کہ نبض متضاعف معلوم ہوتی ہے، جیسے ضربتینی نبض سے (جس میں تضاعف مبالغہ آمیز ضربتینی موج کی وجہ سے ہوتا ہے) امتیاز کرنے کے لئے، نام نہاد طور پر دو ضربی نبض (pulsus bisferiens) کہتے ہیں۔ اِس کے برعکس نہایت لَیّن نبضوں میں جزری موج، موج القرع میں غائب ہوجاتی ہے (شکل ۱۴ الف اور ب)۔ وہ نبض جس میں جزری موج، موج القرع کی نسبت زیادہ بلند صعود کرتی ہے، شُہوقی (anacrotic) کہلاتی ہے، کیونکہ اُسمیں موج القرع صعودی جزو (ascending limb) میں ایک ارتفاع بنادیتی ہے، جو قاعدے اور بلند ترین نقطہ کے درمیان ہوتا ہے۔

کبھی کبھی موج القرع کے بعد ایک یا دو خفیف سے تموجات دیکھے جاتے ہیں (شکل ۱۵ الف د)۔ یہ صرف بلند تناؤ والی نبضوں کے ارتسامات میں واقع ہوتے ہیں۔

ضغط النبض پیما (sphygmomanometer)۔ بالائی بازو کے گرد ربڑ کی ایک چوڑی چپٹی تھیلی لپیٹ دی جاتی ہے، جو کسی غیر وسعت پذیر مادہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، اور جس میں ایک الحاقی ربر کی نلی کی راہ سے ایک ربر کے گولے اور مصراع کے ذریعہ ہوا زور سے بھری جاسکتی ہے۔ اِس تھیلی سے نکلنے والی ایک دوسری نلی ایک ضغط پیما (manometer) سے جوڑ دی جاتی ہے، اور ربڑ کی تھیلی کے اندر کا ضغط سیمابی ملی میٹروں میں ناپا جاتا ہے۔ بازو بند کے اندر ہوا پمپ کی جاتی ہے

یہاں تک کہ اس کا دباؤ کلائی کی نبض کو روکنے کے لئے کافی سے زائد ہو جائے۔ پھر ہوا کو بتدریج باہر نکلنے دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ دباؤ گھٹ کر ایک ایسے نقطہ پر آجائے کہ جہاں نبض ذرا ہی محسوس ہوتی ہو۔ پیمانہ (scale) پر کا وہ عدد جہاں پارہ اس وقت ٹھیرا ہوا ہے، انکماشی ضغط (systolic pressure) کا نمائندہ ہے، جس کی تعیین بذریعۂ جس (palpation) ہوئی ہے۔

229 اوسط انبساطی ضغط (diastolic pressure) کی بہترین پیمائش استماع (auscultation) کے ذریعہ سے ہوتی ہے۔ سماع الصدر یا سماع الصوت (phonendoscope) کہنی کے خم کے مقام پر عضدی شریان کے اوپر لگائی جاتی ہے اگر نبض کو ضغط کے ذریعہ بالکل معلوم کر دیا جائے اور پھر اس دباؤ کو بتدریج گھٹایا جائے تو آواز کی چار ہیئتیں (phases) علی الترتیب سنائی دیتی ہیں۔ پہلی ہیئت ایک دھیمی سی تپک (faint throb) ہے، جو ابتداءً ایسے دباؤ (استماع کے ذریعہ دریافت کردہ انکماشی ضغط) پر مشاہدہ میں آتی ہے جو جس سے دریافت کردہ اعظم انکماشی ضغط سے چند ملی میٹر زائد ہوتا ہے۔ یہ ایک بلند مختصری خرخر میں تبدیل ہوجاتی ہے، جو دوسری ہیئت ہے۔ اور بھی کم دباؤ پر یہ خرخر متغیر ہو کر ایک بلند تپک (loud throb) بنجاتی ہے۔ یہ تیسری ہیئت ہے۔ پھر یہ یکایک بدل کر ایک نرم تپک (soft throb) بنجاتی ہے۔ یہ چوتھی ہیئت ہے۔ اوسط انبساطی ضغط (mean diastolic pressure) وہ دباؤ ہے جو تیسری ہیئت کے چوتھی ہیئت میں تبدیل ہونے کے ساتھ متناظر ہوتا ہے۔

کِل گور (Kilgore) نے سولہ اور چھتیس سال کے درمیان عمر کے اشخاص پر ایک وسیع سلسلۂ مشاہدات کیا ہے۔ اوسط انکماشی ضغط ۱۲۰ ملی میٹر تھا، لیکن اس کے اِدھر اور اُدھر ایک وسیع جولانی (range) پائی گئی، اور ۲ فیصدی مثالوں میں ضغط ۹۵ ملی میٹر سے نیچے، اور ۱۴۰ ملی میٹر سے اوپر پایا گیا۔ انبساطی ضغط کی پیمائشوں نے استماعی طریقہ سے ۸۰ ملی میٹر کی اوسط قدر (mean value) ظاہر کی، لیکن بہت سے مقروآت (readings) ۷۰ اور ۹۰ ملی میٹر کے تھے۔ ۱۰۰ سے کم کے دموی ضغط میں یہ ضروری نہیں ہے کہ کامل صحت موجود نہ ہو، اور موضوعات قلیل الوزن

ہونے کا رجحان رکھتے ہیں (67) ۔ یہاں یہ کہہ دینا بھی قرین انصاف ہے کہ ضغط النفس پیما کے متعلق اعداد و اضافات پیش کئے گئے ہیں کہ یہ بہت بلند نتائج ظاہر کرتا ہے (3)۔

اِستماعِ شرائین

اگر سباتی اور زیر ترقوی شریان کا اِستماع سماع الصدر سے بلا ضغط کیا جائے تو عموماً دو آوازیں (sounds) سُنائی دیتی ہیں، یعنے ایک انکماشی آواز (systolic sound) جو عرق کے پھیلاؤ (expansion) کی وجہ سے ہوتی ہے، اور دوسری انبساطی آواز (diastolic sound) جو ایصال شدہ (conducted) اورطی دوسری آواز ہوتی ہے۔ بعض اوقات اِن میں سے پہلی آواز نہیں موجود ہوتی۔ شکمی اُورطی اور فخذی شریان پر بھی ایک انکماشی آواز متذکرۂ بالا آواز جیسی سنائی دیتی ہے۔ دوسرے شرائین میں بالعموم جبتک کہ سماع الصدر سے دباؤ نہ لگایا جائے کچھ بھی سُنائی نہیں دیتا۔

جب جسم کے کسی حصّے یا جوارح میں کسی شریان کا تاکی اِتساع (saccular dilatation) یا اُنورسما واقع ہوجاتا ہے تو اکثر اوقات ایک اِنکماشی خریر (systolic murmur) سنائی دیتی ہے، اور اِس کو منجمد دھار اور بھنوروں (fluid vein and eddies) سے منسوب کیا جاتا ہے جو خون کے دہنۂ شریان سے نکلکر ایک عریض تر فضاء، یعنے تاجِ اُنورسمائی میں، جانے سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ چونکہ اُنورسما اکثر اُورطی کے قاعدہ اور دیوار کے تعلق میں پہنچاتے ہیں، جو قلب کی قریبی مجاورت (close proximity) میں ہوتے ہیں، لہٰذا ممکن ہے کہ وہ پیش قلبی قبہ (præcordial area) میں خریرات پیدا کردیں، جو اُن خریرات سے، جو قلب کے دہنوں میں پیدا ہوجاتے ہیں، بمشکل شناخت ہوسکتے ہیں۔

نبضِ وریدی

(venous pulse)

جسم کی بڑی وریدوں میں کسیقدر نبضان ہونا ایک طبعی (normal)

منظر ہے، اور بعض بالکل تندرست دورانِ خون والے اشخاص کی بیرونی اور اندرونی
دونوں وداجی وریدوں میں ایک تموّجی (undulating) یا نابض (pulsatile) حرکت
دیکھی جا سکتی ہے۔ لیکن عموماً یہ مفقود ہوتی ہے یا نمایاں نہیں ہوتی۔ سادہ معائنہ سے
نبضِ کعبری (radial pulse) کے حرکات کے ساتھ ان حرکات کا ایک تعلق شناخت
کر لینا اکثر مشکل ہوتا ہے۔ بیرونی وداجی ورید ترقوی ہڈی سے عین اوپر دیکھی جا سکتی ہے،
اور اُس کے حرکات شریانی حرکات سے اِس خصوص میں اختلاف رکھتے ہیں کہ اُن کا
پھیلاؤ (expansion) کم درجہ کا ہوتا ہے اور اُن کا ہبوط (collapse) نسبتہً زیادہ
ناگہانی اور کعبری شریان کے ارتفاعات (rises) کے ساتھ تقریباً متناظر ہوتا ہے۔

اندرونی وداجی ورید گردن کے اطراف پر جبڑے کے زاویہ اور قصی حلمی عضلہ
کے درمیان ایک بڑی تموّجی حرکت پیدا کر دیتی ہے، جس کا ارتفاع سست اور آثار
نسبتہً زیادہ سریع ہوتا ہے۔ اِس حرکت کو سباتی شریان کے نبضان سے خلط ملط
نہیں کر دینا چاہیئے۔

وداجی نبض پر ایک طنبور لگا کر اُس کے ذریعہ سے ترسیمات لیکر اور زیادہ
صحیح معلومات حاصل کیئے جا سکتے ہیں۔ طنبور کے حرکات ایک سوئی میں منتقل ہو جاتے
ہیں، جو یا تو ایک طبل پر، یا ضغط النبض پیما کے دھنیلے کاغذ (smoked paper) پر
ترقیم کرتی ہے اور یہ ترقیم ایک کعبری ترسیم (radial tracing) کے متوازی ہوتی
ہے، جیسے کہ میکنزی کے کثیر نگار (polygraph) میں۔ وداجی نبض کے حاصل
کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اِس آلہ کے اُتھلے پیالہ کو وداجی بصلہ (jugular bulb)
کے اوپر رکھ دیا جائے، یعنے ترقوی ہڈی کے قصی سرے سے قدرے اوپر اور ایک انچ
باہر کو، بہتر ہے کہ دائیں جانب کو۔ اُسی جانب کے قصی حلمی عضلہ کے ریشے مرخی
(relaxed) کئے جاتے ہیں۔ عموماً جو ترسیم حاصل ہوتی ہے اُس میں تین موجیں (مثبت
امواج) ظاہر ہوتی ہیں، جن کے درمیان بلا شبہ، نشیب (منفی امواج) بھی حائل
ہوتے ہیں۔ پہلی مثبت موج (شکل ۱۶، ا) کعبری ترسیم (radial tracing) کے
انکماشی زمانہ سے عین پہلے واقع ہوتی ہے اور اُس کا دائیں اُذین کے انقباض
کی وجہ سے ہونا سب کے نزدیک مسلّمہ ہے۔ حیوانی تجربہ سے ظاہر ہوگیا ہے کہ دوسری

مثبت موج (ج) اِس وجہ سے ہوتی ہے کہ دائیں بُطین کے انقباض کے دوران میں اُذینی بُطینی مصراع (auricular-ventricular valve)(مثلّثہ=tricuspid) دائیں اُذین کے اندر بروز کر آتا ہے۔ اِس کے برعکس بہت سی انسانی ترسیمات میں وہ بلاشبہ بالخصوص سباتی شریان کے نبضہ کی وجہ سے ہوتی ہے۔ دونوں صورتوں میں وہ ایک بُطینی انقباض کا نمایندہ تسلیم کی جاتی ہے۔ اور ا اور ج کے درمیان کا فاصلہ اُس وقت کا ناپ سمجھا جاتا ہے کہ جس میں عضلی انقباض کی موج کا ایصال اذین سے بُطین تک ہوتا ہے۔ طبعی افراد میں اُسکی مدت تقریباً ⅕ سیکنڈ (ثانیہ) ہوتی ہے۔ تیسری موج (و) غالباً اُس تصادم (**shock**) کی وجہ سے ہوتی ہے، جو ریوی مصراعات کے مسدود ہونے کے بعد یکایک تن جانے (sudden stretching) سے پیدا ہوجاتا ہے، اور جو بُطین، اُذین، اور وریدوں کی راہ

شکل ۱۶۔ ایک کثیرنگاری منحنی (polygraphic curve) جو فعلیاتی وریدی نبض کی تین موجیں اوپر والی ترسیم میں ظاہر کرتا ہے، جو گردن کی وریدوں سے لی گئی ہے۔ نیچے والی ترسیم کُعبری شریان سے لی ہوئی ہے۔ بُطین کے ہر انکماش کے ساتھ دو موجیں ج اور و ہیں۔ ہر دور میں ج سے پہلے، اور بلحاظ وقت ایک پیش انکماشی (pre-systolic) موج 'ا' نظر آتی ہے، جو اُذینی انکماش کا نتیجہ ہوتی ہے (T. Lewis)۔

سے پیچھے کی طرف ایصال ہوتا ہے۔

وریدی نبض کی ایک اہم ترسیم وہ ہے جس میں موج ا غیر موجود ہوتی اور صرف ج اور و امواج واقع ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل ۴۳ صفحہ 243)۔ موج ا کی غیر موجودگی سے یہ مستنبط کیا جاتا ہے کہ اُذین طبعی طور پر منقبض نہیں ہورہا ہے اور اس واسطے مندرجہ امواج محض بُطینی ہے۔ ب [illegible] اسی بنا پر ایا ۔ طبعی وداجی ترسیم کہ جس میں تین امواج ہوتی ہیں

وریدی نبض کی ایک اُذینی شکل (auricular form) کا نمائندہ قرار دیجاتی ہے اور آخر میں جو ترسیم بیان کی گئی ہے وہ وریدی نبض کی بطینی شکل (ventricular form) یعنی اُذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation) کی نبض کا نمائندہ ہے۔

بعض اوقات محیطی وریدوں (peripheral veins) بالخصوص پشت دست اور پشتِ پا کی وریدوں' میں ایک مختلف قسم کا نبضان دیکھنے میں آتا ہے' جو شریانی موج کے عروقِ شعریہ میں سے ہوکر وریدوں تک منتقل ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے ۔ یہ عروق دیواروں کے انتہائی اِرتخاء (relaxation) کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے' جس کے ساتھ قلب کا فعل بھی بہت طاقتور یا ہیجان کے ساتھ ہو۔ مثلاً حُمّوی اصابتوں میں' موسم گرما کی گرمی میں' یا پیٹ بھر کھانے (full meal) کے بعد۔

استماعِ اَوردہ

اگر سماع الصدر کو نہایت عدیم الدم (anæmic) اشخاص میں' اور تندرست بچوں میں' وداجی ورید کے حصۂ زیریں پر' اُس نقطہ پر رکھا جائے کہ جہاں قصی حلمی عضلہ کی قصی چسپیدگیاں (sternal attachments) اُس کی تَرقُوی چسپیدگیوں (clavicular attachments) سے جُدا ہوتی ہیں' تو ایک مسلسل بھنبھناہٹ دار (humming) یا ریلنے کی آواز (rushing noise) سنائی دیگی' جسے وریدی غنان (venous hum) یا حرو خذروفی (bruit de diable) کہتے ہیں (ڈایابل "diable" ایک فرانسیسی کھلونا کا نام ہے' جس سے ایسی ہی آواز نکلتی ہے)۔ یہ خریر (murmur) اِنتصابی وضع میں بہترین سنائی دیتی ہے' اُسوقت جبکہ منہ اُس جانب سے جس کا امتحان کیا جارہا ہے' دوسری طرف پھرا ہوا ہو۔

فعلِ قلب کی غیر طبعی حالتیں

(ABNORMALITIES OF CARDIAC ACTION)

ضرب قلب کے طبعی میکانیہ پر پہلے غور ہو چکا ہے ۔ یہ دریافت کرنے کے لئے کہ

اِس میکانیہ میں کوئی غیر طبعی حالت موجود ہے یا نہیں، اور اگر ہے تو وہ کیا ہے، طب میں عموماً دو مختلف طریقے مستعمل ہیں۔ اُن کی خاص منفعت یہ ہے کہ وہ اُذینی اور بُطینی دونوں قسم کے انقباضات ظاہر کر دیتے ہیں۔

231

پہلے طریقہ میں ایک کثیر نگار (polygraph) کے ذریعہ سے وداجی نبض اور ایک شریانی نبض، جیسے کہ کُعبری، دونوں بہ یک وقت لی جاتی ہیں اور پھر اُن کا باہم مقابلہ کیا جاتا ہے۔ حاصل شدہ ترسیمات اُذینی انقباضات کی موجودگی یا غیر موجودگی، اور بُطینی انقباضات کے ساتھ اِن کا تعلق، اور اِن دونوں اقسام کے درمیان حائل ہونے والے وقت کی لمبائی ظاہر کرتے ہیں، اور اگر یہ وقت ۱/۵ سیکنڈ سے زائد ہو تو جزئی قلبی سدودی (partial heart-block) موجود ہے۔

شکل ۱۷۔ وداجی ورید اور برقی قلب نگاری ترسیم کا خاکہ، اور ایک ضربِ قلب سے متناظر اصواتِ قلب۔

دوسرا طریقہ بذریعۂ ایک برقی قلب نگار (electro-cardiograph) کے ہے، یہ ایک حسّاس مقناطیسی برق پیما (galvanometer) ہوتا ہے، جو ہر ضرب کے ساتھ قلب سے پیدا ہونے والی برقی روؤں کا اندراج کرتا ہے۔ اس آلہ میں کوارٹز (quartz) کا ایک باریک چاندی چڑھا ہوا ریشہ ایک طاقتور برقی مقناطیس (electro-magnet) کے قطبین کے درمیان معلّق ہوتا ہے۔ اِس ریشہ کا ہر سرا مریض کے جوارح سے تین طریقوں سے جوڑ دیا جاتا ہے، جن کو تقویدیں (leads) کہتے ہیں۔ پہلی یا عرضی تقوید میں دونوں ہاتھ آلہ سے جُڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ دوسری یا محوری تقوید میں داہنا ہاتھ اور بایاں پاؤں استعمال کئے جاتے ہیں۔ تیسری، یا چپ جانبی (left lateral) تقوید میں بایاں ہاتھ اور بایاں پاؤں استعمال کئے جاتے ہیں۔ قلب سے پیدا ہونے والی برقی روئیں اِن تقویدوں کے ذریعہ مقناطیسی برق پیما میں چلی جاتی ہیں۔

گلوانومیٹر کا ریشہ حرکت کرتا ہے اور اُس کی جولت (excursion) ایک دوربین کے ذریعہ سے تکبیر حاصل کرکے ایک ضیا نگار صفحہ یا ایک کاغذ پر ظلیل (projection) ہوتی ہے۔ نتیجہ ایک برقی قلب نگارش (electro-cardiogram) ہوتی ہے۔ ایک ضربِ قلب سے متناظر ترسیم کا خاکہ شکل ۱۷ میں دکھلایا گیا ہے۔ وداجی ترسیم بھی دکھلائی گئی ہے، اور اصواتِ قلب کی تقریبی جائے وقوع بھی۔ برقی قلب نگارش میں ایک موج ایسی ہے جو اُذینی انقباض سے متناظر اور اُس سے کسیقدر پہلے واقع ہوتی ہے اور اُسے عموماً حرفِ ف (P) سے ظاہر کیا جاتا ہے۔ اِس کے بعد ایک نشیب ق (Q)، ایک نوکدار ارتفاع ل (R)، ایک ناگہانی نشیب م (S)، اور ایک تدریجی ارتفاع ن (T) ہوتا ہے۔ ق ل م ن (QRST) کی پیچیدہ شکل بُطینی انقباض سے متناظر ہوتی ہے اور اُس کے عین سامنے شروع ہوتی ہے۔ جیسا کہ وداجی نبض (jugular pulse) کی حالت میں ہوتا ہے، ایک برقی قلب نگارش اُن تعلقات کو ظاہر کرتی ہے جو اُذینی انقباضات بُطینی انقباضات کے ساتھ رکھتے ہیں، نیز اُس عرصۂ وقت کو جو اِن کے درمیان حائل ہوتا ہے یعنے ف۔ل (P-R) فاصلہ لیکن علاوہ ازیں اِس بُطینی علامیہ (ventricular complex) کی شکل سے بعض استنباطات بھی کئے جا سکتے ہیں۔ اِس میں اُسوقت ترمیم پائی جاتی ہے جبکہ اُذینی بُطینی بنڈل کی بعض شاخیں مسدود (blocked) ہو جائیں (branch-bundle block) (ملاحظہ ہو شکل ۸۰)، یا جب ایک بُطینی انقباض اُذینی بُطینی گرہ (auriculo ventricular node) سے حسبِ طریقۂ معمولی بنڈل سے نیچے آنے کے بجائے قلب میں کسی غیر معمولی جگہ سے پیدا ہونے لگے۔ (نیز ملاحظہ ہو قلب کی بیش پرورگی hypertrophy of the heart.)۔ پھر تقوید ۱ اور ۲ میں ن (T) موج کا متواتر انعکاس (inversion) جس سے موج کے بجائے ایک نشیب پیدا ہو جاتا ہے یا تقوید ۳ میں گہرا نشیب جبکہ عالی ہی میں ظاہر ہوا ہو، اور طلی مصدری مرض یا ڈیجیٹالس کے اثر (digitalisation) کی غیر موجودگی میں عضلۂ قلب کا مرض (myocardial disease) ظاہر کرتا ہے (4)۔ قدرتی طور پر دونوں طریقوں میں ایک صحیح وقت شمار (time-marker) استعمال کیا جاتا ہے، تاکہ مختلف حصوں کے صحیح زمانی تعلقات ظاہر ہو جائیں۔

کثیر نگاری طریقہ کے فوائد یہ ہیں کہ اِس میں آلات قابلِ نقل و حمل اور سادہ ہوتے ہیں۔ اِس کے برعکس یہ ہے کہ بعض اوقات کسی ترسیم کا حاصل کرنا اگر ناممکن نہیں تو

نہایت مشکل ضرور ہو جاتا ہے، اور گو نتائج تمام عملی اغراض کے لئے عموماً کافی ہوتے ہیں، تاہم ان سے وہ تفصیلات نہیں حاصل ہوتے جو برقی طریقے سے حاصل ہو سکتے ہیں۔ برقی قلب نگاری طریقہ میں یہ قباحت ہوتی ہے کہ اس میں آلات پیچیدہ نوعیت کے ہوتے ہیں ۔ اس کے برعکس یہ ہے کہ جب وہ تشفی بخش طور پر کام کرتے ہیں تو نتائج ہمیشہ نہایت آسانی کے ساتھ حاصل ہو سکتے ہیں اور مریض کو کوئی تکلیف نہیں ہوتی، بلکہ ضرورت ہو تو وہ کسی دوسرے مکان میں بستر پر لیٹا رہ سکتا ہے ۔ 232

یہ خیال نہیں کر لینا چاہئے کہ یہ وقت طلب طریقے اب قلب کی معمولی بیقاعدگیوں

شکل ۱۸۔ بائیں بنڈل کی شاخوں کی مسدودی۔ ق ل م (QRS) وقفہ چوڑا ہے، اور ل اور م کٹاؤ دار ہیں۔ اس قسم کی ترسیم بسا اوقات اورطی مرض یا مرض عضلۂ قلب کے ہمراہ ملتی ہے۔ (برقی قلب نگارشیں جے۔ ایم۔ ایچ کیمبل کی لی ہوئی ہیں)۔

کی تشخیص کے لئے ناگزیر ہیں۔ ان کی وساطت سے تحقیقات کرنے کا یہ نتیجہ ہے کہ اب غالب مثالوں میں ان حالتوں کو محض استماع اور جس سے اور نبض نگارش (sphygmogram) کی مدد سے تشخیص کر لینا ممکن ہوتا ہے ۔

جوفی بیقاعدگی

(sinus irregularity)

یہ حالت بچوں میں عام ہے - دوران شہیق میں ضربات قلب زیادہ کثیر الوقوع ہو جاتے ہیں، اور دوران زفیر میں اور زفیر کے اختتام پر یہ شرح پھر کم ہو جاتی ہے - برقی قلب نگاری امتحان نے ظاہر کر دیا ہے کہ یہ ضربات ہمیشہ کامل طور پر طبعی (normal) ہوتے ہیں، اور یہ کہ قلب کی شرح کا تغیر، اس شرح میں تغیر ہو جانے سے ہوتا ہے جس سے جوفی اُذینی گرہ (sino-auricular node) اپنے صدمات (impulses) باہر بھیجتی ہے، اور یہ آخر الذکر شرح عصب تائیہ کے عمل (vagal action) سے متاثر ہوتی ہے - عصب تائیہ (vagus) کی تنش (tone) دوران شہیق میں کم ہو جاتی ہے - اس تنفسی بیقاعدگی کو میکنزی (Mackenzie) نے "نوعمری کی بیقاعدگی" (youthful irregularity) کے نام سے موسوم کیا ہے، اور یہ ایک بالکل طبعی چیز ہے - بعض اوقات یہی منظر بالغوں میں پرسکون تنفس (quiet respiration) کے دوران میں مشاہدے میں آتا ہے - جب تنفس گہرا ہو تو یہ عملی طور پر ہمیشہ دیکھا جاتا ہے - بعض اوقات شرح میں ایسا ہی تغیر اسطرح بھی ہوتا ہے کہ اُسکے ساتھ سانس کا کوئی تعلق نہیں ہوتا - جب شرح قلب بڑھی ہوئی ہو، جیسی کہ ورزش کے وقت ہوتی ہے، تو جوفی عدم توازن (sinus arrythmia) موقوف ہو جاتا ہے - اُس کی اہمیت صرف اتنی ہی ہے کہ وہ دوسری قسموں کی بے قاعدگیوں کے ساتھ خلط ملط ہو سکتا ہے - جب وہ شناخت میں آجائے تو اُسے ایک طبعی شے سمجھنا چاہئے اور کسی علاجی تدبیر کے آزمانے کی ضرورت نہیں -

قلبی مسدودی اور ایڈم سٹوکس کا علامیہ

(heart block and Adams-Stokes syndrome)

قلبی مسدودی (heart block) کی وجہ اُذینی بطینی گرہ (auriculo-ventricular node) اُذینی بطینی بنڈل، یا اُس کی شاخوں میں سے کسی شاخ کی قوتہائے ایصال میں کمی آجانا ہے - وہ حادثہ امراض ساریہ بالخصوص روماٹزم میں، نیز

ڈیجیٹالس (digitalis) کے ذریعہ علاج کرنے کے بعد واقع ہوتی ہے۔ اِن مثالوں میں وہ عارضی ہوتی ہے۔ قلبی مسدودی کی ایک مستقل حالت اُن قلبات میں واقع ہوجاتی ہے جو روماتزم یا آتشک سے مستقل طور پر نقصان رسیدہ ہوچکے ہوں، اور اُن بوڑھے لوگوں میں جنھیں عضلۂ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) ہو۔ وہ اورطی مصراع کے ساتھ متلازم ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ خلقی ہو۔

پہلی چیز جو واقع ہوتی ہے ف۔ ل (P-R) فاصلہ کا خفیف طور پر بڑھ جانا ہے (جو طبعی حالت میں ۱۲ء۔ ۱۸ء سیکنڈ یا ثانیہ کے برابر ہوتا ہے)۔ لیکن ج فاصلہ ۲ء سیکنڈ سے زائد ہوتا ہے۔ یہ صرف کبھی اتفاق ہی سے سریریاتی امتحان سے شناخت میں آتا ہے لیکن بعض حالات کے تحت اِس کی شناخت ہوسکتی ہے۔ طبعی حالات کے تحت سماع الصدر سے اُذینی انقباض نہیں سُنا جاسکتا، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ وہ بطینی انقباض کے اسقدر قریب واقع ہوتا ہے کہ آخرالذکر کا شور اُسے دباکر بالکل غیر محسوس بنادیتا ہے۔ لیکن جب اِن دونوں کے درمیان کا فاصلہ نسبتہً زیادہ ہوجاتا ہے تو اُذین کی آواز جداگانہ سنی جاسکتی ہے۔ ایسی حالتوں میں راس (apex) کو سنتے وقت ممکن ہے کہ ایک دوہری پہلی آواز سنائی دے، یا جب اُذینی اور بطینی ضربات کے درمیان کا فاصلہ اور بھی زیادہ ہو (یعنے جب اُذین انبساط کے آغاز میں، دوسری آواز کے بعد بہت جلد ہی ضرب لگاتا ہو) تو ایک دوہری دوسری آواز بھی اِسی مقام پر سُنائی دے سکتی ہے۔ یہ دونوں حالتیں حرکی راہنا (canter-rhythm) کی قسمیں ہیں۔ پھر، نوعمر بچوں میں کبھی کبھی پیش انقباضی (presystolic) یا ابتدائی انبساطی خریرات (early diastolic murmurs) قلبی مسدودی کو ظاہر کرتے ہیں، نہ کہ مطرانی تضیق (mitral stenosis) کو۔ غالباً قلبی مسدودی سریری طور پر اُس سے کہیں زیادہ موجود پائی جاتی ہے جتنا کہ عام طور پر خیال کیا جاتا ہے۔

قلبی مسدودی کے اور زیادہ ترقی یافتہ مدارج میں ف۔ ل (P-R) فاصلہ اور بھی زیادہ طویل ہوجاتا ہے، اور کبھی کبھی صدمہ بطین تک گذرنے میں ناکام رہتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطینی ضربات بالکل غائب ہوجاتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۱)۔ یہ قلب کا استماع کرنے پر شناخت کیا جاسکتا ہے، جبکہ ایک طبعی لَے کے درمیان ایک پوری ضربِ قلب بالکل غائب پائی جائے گی۔ بعض بھی قدرتی طور پر متوقف نوعیت

233

(intermittent character) ظاہر کریگی - اِس سے بھی زیادہ ترقی یافتہ اصابتوں میں
ہیں وہ حالت مل سکتی ہے جسے ۲-۱ یا ۳-۱ قلبی سدودی کہتے ہیں، جس میں اُذین کی
صرف ہر دوسری یا تیسری ضرب ہی ایک بُطینی انقباض کی تحریک پیدا کر دینے میں کارگر
ہوتی ہے -

ابتک ہم نے صرف اُسی قلبی سدودی پر غور کیا ہے جس میں اُذینی اور بُطینی انقباضات
کے درمیان کا فاصلہ بڑھ جاتا ہے، یا جس میں بعض اُذینی انقباضات متناظر بطینی انقباضات
کی تحریک نہیں پیدا کرتے - یہ سب جُزئی قلبی سدودی کی حالتیں ہیں - کامل قلبی سدودی میں
اُذینی انقباضات میں کوئی انقباض بھی بُطین تک بالکل نہیں پہنچ سکتا - خوش قسمتی سے اِن
حالات کے تحت بُطین اپنے آپ ضرب لگانا شروع کر دیتا ہے، لیکن اُس کا اپنا حقیقی

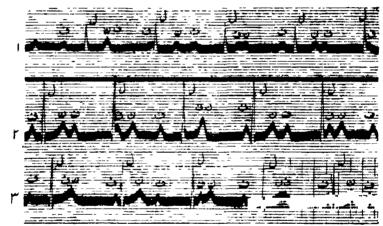
شکل ۱۹- ایک ۲-۱ قلبی سدودی کی حالت سے لیا ہوا کثیر نگاری منحنی -
بالائی ترسیم گردن کی وریدوں سے ہے، اور زیرین ترسیم ریڈیل یعنے
کعبری شریان سے - ہر کعبری ضرب کے ساتھ ایک اِنکماشی اِرتفاع ج ہے
منحنی میں باقاعدہ فاصلوں پر، او نشان والی دوسری اور موجیں بھی موجود
ہیں جو اُذینی اِنکماش کی وجہ سے واقع ہوگئی ہیں - اُذین بُطین کی نسبت
دوگونہ شرح سے منقبض ہو رہا ہے - (بہ اتباع لیوس : Lewis صاحب) -

توازن نہایت سست، اور عموماً فی منٹ چالیس سے نیچے ہوتا ہے - برقی قلب نگارش اُذینی
انقباضات کا ایک کامل طور پر باقاعدہ سلسلہ، اور بُطینی انقباضات کا ایک دوسرا باقاعدہ سلسلہ
ظاہر کرتی ہے، لیکن یہ دونوں سلسلے ایک دوسرے سے بالکل مفترق ہوتے ہیں - لہذا ایسی
حالت میں ایک فی منٹ چالیس سے کم والی منتظم نبض، کامل قلبی سدودی پر دلالت کرتی
ہے، اگرچہ یہ بتلا دینا ضروری ہے کہ فی منٹ پینتیس تا چالیس کی شرح نبض والی حالتیں

ایسی بھی ملتی ہیں، جن میں توازن طبعی ہوتا ہے۔ لیکن ایک دوسری امارت بھی ہے، جیسے ابتداءً گیلابن (Galabin) نے ۱۸۷۵ء میں بیان کیا، اور جو گائیز ہسپتال (Guy's Hospital) کی اسی سال کی رپورٹوں میں شائع کی گئی۔ یہ پہلی رائے تھی کہ انسان میں اُذینی اور بُطینی توازنات (rhythms) کا کامل افتراق (dissociation) ہو سکتا ہے۔ اس کے مریض میں شرح نبض فی منٹ بیس اور تیس کے درمیان تھی اور اس نے بذریعہ استماع اُذینی انقباضات فی الحقیقت سُنے۔ وہ کہتا ہے کہ "یہاں ہم ایک ایسا قلب پاتے ہیں کہ جس کا اُذین، بُطین کے انکماش سے ذرا ہی پہلے منقبض نہیں ہوتا بلکہ دو بطینی نبضانات (auricular pulsations) کے درمیانی وقفے میں کبھی دو بار، اور کبھی ایک طویل وقفے (pause) کے دوران میں ایک ہی بار منقبض ہوا۔ ایک اور امارت ہے جس کا انحصار اس واقعہ پر ہوتا ہے کہ اُذینی ضرب سُنی جا سکتی ہے، اور اس پر کہ وہ دورہ میں مختلف نقطوں پر واقع ہوتی رہتی ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ کسی وقت ایک بظاہر متضاعف (reduplicated) دوسری آواز موجود ہو، دوسرے وقت ایک متضاعف پہلی آواز سُنے، اور کسی اور وقت پہلی آواز اپنی شدت (intensity) میں بہت بڑھی ہوئی ہو یعنے اُس وقت جبکہ اُذن اور بطین بیک وقت منقبض ہوں۔ اس آخری حالت میں ممکن ہے کہ گردن کی وریدوں میں ایک ناگہانی بڑی موج ہم زمان طور پر نظر آئے۔ یہ اس حقیقت کی وجہ سے ہے کہ اُذینی انقباضات خون کو آگے دھکیل کر بُطین کے اندر نہیں پہنچا سکتے اسوقت جبکہ وہ منقبض ہو رہا ہو۔ اسی واسطے اُذین میں سے خون پیچھے کی طرف دھکیلے جانے کا رجحان رکھتا ہے۔

ایڈمس سٹوکس کا علائمیہ (Adams-Stokes syndrome) ۱۸۲۶ء میں آر۔ ایڈمس (R. Adams) اور ۱۸۴۶ء میں ڈبلیو۔ اسٹوکس (W. Stokes) نے مشاہدہ کیا کہ غیر معمولی طور پر سست نبض والے مریض غشیان (syncope)، بے ہوشی، یا تشنجات کے حملوں میں مبتلا ہو سکتے ہیں۔ اسٹوکس نے تو یہاں تک مشاہدہ کیا کہ گردن کی وریدیں نبض کُعبری (radial pulse) کی نسبت زیادہ تیزی کے ساتھ ضرب لگا رہی ہیں۔ اور ان ابتدائی اصابتوں میں سے دو میں قلب کا شحمی انحطاط موجود تھا، جس میں ا۔ ب (A.V.) بنڈل، جو اسوقت نامعلوم تھا، ماؤف ہوا ہو گا۔ اسپینس (Spens) نے ایسا ہی ایک مریض ۱۷۹۲ء میں دیکھا (Lea)۔

234

یہ حالت دماغی عدم دمویت (cerebral anæmia) کے باعث ہوتی ہے، جو قلبی مسدودی کے سبب سے دورانِ خون کا ناگہانی فشل (sudden failure) ہوجانے سے پیدا ہوجاتی ہے ۔ اگرچہ قلبی مسدودی عام ہے، تاہم یہ علامیہ (syndrome) نادرالوقوع ہے ۔ یہ اُن بوڑھے لوگوں میں واقع ہوتا ہے جو قلبی مسدودی کے زیادہ شدید درجوں میں یا کامل مسدودیٔ قلب میں مبتلا ہوتے ہیں ۔ بُطین دفعتہً نہایت سست رفتاری سے ضرب لگانے لگتا ہے، یا کچھ عرصہ کے لئے بالکل رُک جاتا ہے ۔ علامات کا انحصار اس مدت پر ہوتا ہے کہ جس تک دوران خون ناکافی رہتا ہے ۔ ایک بوڑھے شخص کا مشاہدہ

شکل ۲۰ ۔ کامل قلبی مسدودی کی برقی قلب نگارش ۔ اُذین اور بطین کے توازنات مفترق (dissociated) ہیں اور اب بُطین اُذین کی مجیبیت نہیں ظاہر کرتا۔ بطینی انکماش ل (R) اور ن (T) غیر وضعیتیں پیدا کرتا ہے ۔ اُذینی اِنکماشات ف (P) حرکات پیدا کردیتے ہیں، جو ترسیم میں یکساں طور پر پھیلے ہوئے ہیں، اور بُطینی حرکات سے کوئی مستقل تعلق نہیں رکھتے۔ اور وہ اُن کی نسبت تقریباً دُگنے بار ہوتے ہیں ۔

(بہ اتباع رسیل ویلس Russel Wells.)

کیا گیا، جس میں ہر دومنٹ کے بعد چالیس سیکنڈ تک قلب کی کامل مسدودی ہوجاتی تھی ۔ چنانچہ اِس امر کا کہ علامات ٹھیک کس طرح ترقی کرتے ہیں بار بار مشاہدہ کرنیکا موقع تھا (5) ۔

قلب کے بند ہوجانے پر فی الفور شحوب (pallor) اور ساتھ ہی خفیف کبودی طاری ہوگئی۔
دو یا تین سیکنڈ کے بعد اُس نے بولنا موقوف کر دیا اور ایک آہ (groan) کے ساتھ پیچھے
چکرا کر گر گیا۔ پانچ سے سات منٹ کے اندر بے ہوشی طاری ہوگئی۔ پھر مختلف عضلات کے
انقباضات اور جوارح کے غیر ارادی حرکات دیکھے گئے۔ سانس بتدریج زیادہ گہری اور زیادہ
تشنجی (convulsive) ہوگئی، اور تنفس کے معین عضلات بھی کام کرنے لگے۔ تقریباً بیس سیکنڈ
میں وہ چوالیس فی منٹ کی شرح سے اور نہایت گہری سانس لے رہا تھا۔ تنفس اُس ہانپنے
(panting) سے مشابہ تھا جو صرف سخت ترین عضلی محنت کے بعد دیکھا جاتا ہے۔ وہ کبود
اور شاحب پڑ گیا تھا۔ قرنیہ اور روشنی کے معکوسات (corneal and light reflexes) 235
موقوف ہوگئے تھے۔ جب قلب پھر جاری ہوا تو پہلے دو یا تین ضربات کے بعد چہرہ شروع سرخ
رنگ سے تمتما اُٹھا۔ پسینہ اور دمعی افراز کثرت کے ساتھ ہوا اور ملتحمات (conjunctivæ)
ممتلی (congested) ہوگئے۔ پھر اُس کی شکل و ہیئت بسرعت از سرِ نو طبعی حالت پر آگئی۔

اِنذار ۔ قلبی مسدودی کی اہمیت مختلف حالتوں پر منحصر ہوتی ہے۔ خلقی قلبی
مسدودی جو کہ ابتدائے عمر میں ابطائے نبض کا موجب ہوتی ہے اور جس کے ساتھ بسا اوقات
خلقی مرض قلب ہوتا ہے اور جو ایڈم اسٹوکس کے حملے واقع کرتی ہے، بالعموم بچپن میں ہی
موت واقع کر دیتی ہے۔ سب سے معمر مریض جس کا زندہ رہنا معلوم ہے، تینتیس سال کا ہے۔
اُن عارضی حالتوں میں، جو روماتزم جیسے ساری امراض کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں، اس کے
یہ معنے ہوتے ہیں کہ عضلۂ قلب واضح طور پر ماؤف ہوگیا ہے، گو غالباً شفایابی واقع ہو جائیگی۔
اسی واسطے آرام اور احتیاط ضروری ہیں۔ مستقل اصابتوں میں قلبی مسدودی عموماً بذاتِ خود
مہلک نہیں ہوگی، گو وہ اِس حد تک اہم ہوتی ہے کہ اُس سے بحیثیت مجموعی عضلۂ قلب
کی تندرستی (healthiness) کا پتہ چلتا ہے۔ اگر اُذینی بُطینی بنڈل میں کوئی ضرر موجود ہے تو
ممکن ہے کہ عضلہ کے سارے طول و عرض میں پھیلے ہوئے ضرارت موجود ہوں، لہٰذا عضلۂ قلب
کے انحطاط کی شہادت تلاش کرنی چاہئے، اور ممکن ہے کہ یہی فشلِ قلب (heart-failure)
کا سبب ہو۔ جب دَورے ہوں تو انذار زیادہ تشویشناک ہو جاتا ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ
یہ دَورے بجائے خود مہلک ہو جائیں۔

علاج ۔ قلبی مسدودی کی اصابتوں میں علاج قلب کی عام حالت کے لئے ہونا

چاہئے۔ اس خوف سے کہ مبادا ڈیجیٹالس قلبی مسدودی کا درجہ اور بڑھا دیگا، اس کے استعمال سے اجتناب کرنے کی کوئی وجہ نہیں، بشرطیکہ وہ اُذیما وغیرہ کے کم کرنے کے لئے دوسری طرح ضروری سمجھا جائے بعض اشخاص، جنھیں قلبی مسدودی کی شکایت تھی، محنت و مشقت کی زندگی بسر کرسکے ہیں، لیکن بیشتر حالتوں میں محنت اور مشقت سے اجتناب کرنا چاہئے۔ دوروں کی حالت میں ایڈرینالین (adrenalin) (۵، ۱۰ یا ۱۵ قطروں کی مقداروں میں) کامیاب ثابت ہوا ہے، کیونکہ وہ بطینی شرح کو بڑھا دیتا اور قوتِ ایصال (conduction) کو زیادہ کر دیتا ہے (6)۔ ایٹروپین (atropine) ۱/۱۰۰ گرین جو اکثر اوقات دیا جاتا ہے، شاذ ہی کارگر ہوتا ہے۔ آتشکی اصابتوں (syphilitic cases) میں پارہ اور آیوڈائڈ کا استعمال کرنا نہایت اہم ہے۔ ایک مریض میں چند گھنٹوں تک آکسیجن سانس میں لینے سے مکمل مسدودی قلب قائم ہوکر ایڈم سٹوکس حملے موقوف ہوگئے۔ نیز بیریم کلورائیڈ (barium chloride) ۱/۲ ۔ ۱ گرین دن میں تین مرتبہ، اور اس کے ساتھ ایفی ڈرین (ephidrine) ۱/۲ گرین دن میں تین مرتبہ، حملے بند کرنے کے لئے کامیابی کے ساتھ دیا گیا ہے۔

جوفی اذینی مسدودی (sino-auricular block)۔ یہ ایک نادرالوقوع حالت ہے۔ یہ بعض اوقات ایک حادثی بخار کے دوران میں پیدا ہوجاتی ہے، اور دوسری حالتوں میں عضلۂ قلب کے مرض (myocardial disease) کے امارات موجود ہوتے ہیں نبض سُست اور غیر منتظم ہوتی ہے، کیونکہ اذین جوفی اُذینی گرہ کی تحریک کی بالکل مجیبیت ظاہر نہیں کرتا اور ایک ضرب قلب بالکل غائب ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایسا متواتر کئی بار ہوجائے، اور قلب ایک وقت میں کئی سیکنڈ تک ضرب نہیں لگاتا۔ یہ حالت کثیر نگاری یا برقی قلب نگاری ترسیمات کے ذریعہ قلبی مسدودی سے متفرق کی جاسکتی ہے، کیونکہ اس میں اذین اور بطین دونوں کا تواتر کم ہوجاتا ہے۔ ایک مریض میں یہ حالت دورانِ ورزش میں دور ہوگئی، لیکن جب نبض سُست ہوئی تو پھر نمودار ہوگئی (7)۔

پیش از وقت ضربات مستزاد انکماشات

(premature beats; extra systoles)

قلبی بے قاعدگیوں کی یہ قسم سب سے زیادہ عام ہے۔ یہ عورتوں کی نسبت مردوں

میں زیادہ عام ہوتی ہے ۔ غالباً ایسے بہت سے اشخاص ہیں جو ادھیڑ عمر یا بڑھاپے کی حد تک پہنچتے ہیں، کسی نہ کسی وقت متزاد انکماشات ہوتے ہیں ۔ معمولی مزاولت کے دوران میں یہ اُن لوگوں میں سب سے زیادہ عام پائے جاتے ہیں جو مرضِ قلب کے آثار ظاہر کرتے ہوں لیکن اکثر دوسرے اشخاص میں بھی نمودار ہو جاتے ہیں ۔ یہ عموماً اُسوقت موقوف ہو جاتے ہیں جبکہ قلب تیز ہو جائے، جیسا کہ ورزش میں ہوتا ہے، اور قلب کے پھر سست پڑ جانے پر اکثر پھر پیدا ہو جاتے ہیں ۔

پیش از وقت ضربات کی تکوین قلب کے بعض حصوں کی بیش تحریک پذیری (over-excitability) کے باعث ہوتی ہے، جو ٹھیک وقت سے پہلے ہی متزاد ضربات قلب شروع کرا دیتے ہیں ۔ اِس پیش از وقت ضرب کے وقوع کے بعد ایک تعویضی وقفہ (compensatory pause) ہوتا ہے، یہانتک کہ قلب اپنا طبعی توازن پھر اختیار کر لیتا ہے ۔ مریض تقریباً احساسات محسوس کرتا ہے ۔ یہ پیش از وقت ضرب خود سینہ میں کبھی محسوس ہوتی ہے اور کبھی نہیں ہوتی ۔ طویل وقفہ محسوس کیا جاتا ہے اور اکثر ایک بے چینی کا احساس پیدا کر دیتا ہے ۔ یہ سینے میں ایک ناگہانی دھچکے (bump) یا دھکے (shock) کے ساتھ ختم ہوتا ہے اور قلب اپنا معمولی توازن پھر از سرِ نو حاصل کر لیتا ہے ۔ یہ احساسات اُن ہی قلبی احساسات میں سے ہیں جن کو اختلاجات (palpitations) کہتے ہیں ۔

236

تحقیقات سے ظاہر ہو گیا ہے کہ یہ ضربات یا تو اُذین میں یا ا۔ب گرہ (A. V. node) کے مقام پر، یا بُطین میں پیدا ہوتے ہیں، جس کی وجہ اِن حصوں کی بیش تحریک پذیری (over-excitability) ہے ۔ ممکن ہے یہ ضربِ قلب کے ایصال کے طبعی راستہ کے ایک حصہ میں پیدا ہوں، اور ایسی صورتیں برقی قلب نگار (electrocardiograph) کے ذریعہ ایک طبعی ضرب سے تمیز نہیں کئے جا سکتے، اِلّا اس امر میں کہ یہ اُسوقت سے پہلے واقع ہو جاتے ہیں جبکہ اِنھیں ہونا چاہئے، اور اِسی واسطے قلب کے توازن میں اختلال پیدا ہو جاتا ہے ۔ اِن ضربات کو "مشابہ التکوین" (''homogenitic'') یا "متناظر المقام" (''homotopic'') کہتے ہیں (ملاحظہ ہوں اشکال ۲۳-۲۵) ۔ اِس کے برعکس ممکن ہے یہ قلب کے ایک ایسے حصّے سے ہوں جو طبعی راہِ ایصال سے باہر ہو، اور اِس صورت میں اِن کو غیر مشابہ التکوین (heterogenetic) یا غیر متناظر المقام (heterotopic)

شکل ۲۱ ۔ شکل جو مستزاد بُطینی اِنکماش ظاہر کرتی ہے
اِس واقعہ سے اُذینی شرح میں خلل نہیں واقع ہوتا،
اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب کا اصلی توازن بعد میں
پھر واقع ہو جاتا ہے ۔ یہ ب ۔ ج فاصلہ ا ۔ ب
سے ٹھیک دُگنا ہونے سے ظاہر ہوتا ہے
(بہ اتباع لیوس (Lewis)۔

شکل ۲۲ ۔ شکل جو مستزاد اُذینی اِنکماش ظاہر کرتی ہے
چونکہ اِس بے قاعدگی میں اُذین حصہ لیتا ہے، لہذا
اُس کے توازن میں خلل واقع ہو جاتا ہے ۔ دوسری
ضربہ اِس سے کسیقدر جلد ہی آتی ہے کہ جتنی شکل ۲۱
میں آتی ہے ۔ یہ اِس سے ظاہر ہوتا ہے کہ ب ۔ ج
فاصلہ ا ۔ ب کے دوگنے سے کسیقدر کم ہوتا ہے
(بہ اتباع لیوس) ۔

شکل ۲۳ ۔ دو متناظر المقام (homotopic) مستزاد اُذینی اِنکماشات، جن میں ف موجیں
اور ف ۔ ل فاصلے طبعی ہیں، اور خفیف سے توبیضی وقفے (compensatory pause)
ہیں ۔ یہ خاکہ ایک بوڑھے شخص سے لیا گیا ہے جسکے خون کا دباؤ بلند تھا طبعی ضربات کی ف موجیں کسیقدر چھوٹی ہیں ۔

شکل ۲۴ ۔ دو متناظر المقام مستزاد اِنکماشات جو اُذین میں نیچے پیدا ہوتے ہیں اور ایک نوجوان عورت سے
لئے گئے ہیں جس میں مرض قلب کی کوئی شہادت نہ تھی مستزاد انکماش کی ف موج منعکس (inverted)
ہے، ف ۔ ل فاصلہ طبعی ہے اور ایک مکمل طور پر توبیضی وقفہ (compensatory pause) موجود ہے

شکل ۲۵ - گرہی متزاد انکماش (nodal systole) (متناظر المقام =homotopic) ' ایک بوڑھے ایتھیرومائی (atheromatous) شخص سے لیا ہوا - معمولی سلسلہ کی ق موج (ق) پیش از وقت بطینی موج یا متزاد انکماش (م ک) کے بالکل بعد ہی نظر آتی ہے - ابرقی قلب نگارشیں جے - ایم ایچ کیامبیل (J. M. H. Campbell) کی لی ہوئیں]-

کہتے ہیں - اس صورت میں برقی قلب نگار پر کے منحنی کی شکل غیر طبعی ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں اشکال ۲۸ - ۲۹) - اس میں شبہ نہیں کہ ان اختلافات کو محض استماع سے پہچان لینا ناممکن ہے - 237
ایک کعبری ترسیم اس بات کے دریافت کرنے میں مدد ہوسکتی ہے کہ آیا یہ اپنے مبدا میں اذینی ہیں یا بطینی؛ کیونکہ آخرالذکر حالت میں متزاد انکماش کے ہر ایک جانب پر دو ضربات کے درمیان فاصلہ، طبعی فاصلہ کی نسبت دگنے کے برابر ہوگا لیکن اول الذکر حالت میں اس سے نسبتاً کم ہوگا (ملاحظہ ہوں اشکال ۲۶ اور ۲۷)۔ بعض حالتوں میں یہ ضربات کثیرالوقوع ہوتے ہیں - اگر ہمیں ایک سلسلہ ملے کہ اس میں طبعی اور پیش از وقت ضربات متبادل طور پر واقع ہوں، تو اس حالت کو "نبض دو توامی (pulsus bigeminus)" کہتے ہیں، تاکہ یہ "نبض متبادل" ("pulsus alternans") سے متمیز ہوسکے - ممکن ہے کہ ایک طبعی ضرب کے بعد باقاعدگی کے ساتھ دو متزاد انکماشات واقع ہوں - ایسی صورت میں تگنی کے آہنگ (triple rhythm) مشاہدہ میں آئیگی (نبض سہ توامی = pulsus trigeminus)۔

پیش از وقت ضربات نبض پر دو اثرات پیدا کرسکتے ہیں - ممکن ہے کہ متناظر موج نبض چھوٹی ہو اور اس کے بعد ایک تعویضی وقفہ ہو، یا ممکن ہے کہ ایک ضرب کی بجائے نبض کا کلی توقف (intermission) واقع ہوجائے (اشکال ۲۶ اور ۲۷) - سماعۃ سے پیش از وقت ضربات بآسانی پہچانے جاسکتے ہیں - اختلافات اس لحاظ سے واقع

ہوتے ہیں کہ قلب کی متزاد ضرب قوی ہے یا ضعیف یعنی آیا وہ اُورطی مصراعوں کو

شکل ۲۶۔ ایک کُعبری نبض کا ترسیم جو کہ (X) کے مقام پر ایک قبل از وقت ضرب ظاہر کرتی ہے، جو کہ غالباً بطینی ہے۔

شکل ۲۷۔ متوقف کُعبری نبض کی ترسیم، جبکہ قبل از وقت ضرب کلائی تک پہنچنے نہیں پاتی۔ غالباً یہ بطینی ہے۔

اُٹھا کر کچھ خون باہر دھکیلنے کے لئے کافی ہے یا نہیں۔ اول الذکر حالت میں چار آوازوں کا ایک گروہ سنائی دیگا، جو طبعی اصواتِ قلب کے ایک سلسلہ کے وسط میں ایکدوسرے سے

شکل ۲۸۔ کثیر الوقوع مختلف المقام (heterotopic) متزاد انکماشات (م۔ک)، جو اِس واقعہ سے ظاہر ہوتے ہیں کہ اِس تقوید (lead) میں ل موج م موج کی نسبت بڑی ہے۔ یہ انکماشات ایک بوڑھے ایتھیروما والے شخص میں بائیں بُطین کے اندر پیدا ہوئے (جے۔ ایم۔ ایچ کیا مبیل)۔

قریب پائی جائیں گی۔ یہ چار آوازیں "لب" ("lub") "ڈپ" ("dup") "ٹم" ("tum") "ٹی" ("ti") کے الفاظ (expressions) سے ادا کی جا سکتی ہیں۔ "لب ڈپ" طبعی ضرب کی دو آوازوں کی نمائندگی کرتا ہے۔ اس گروہ کی تیسری آواز یعنے "ٹم" مستزاد بطینی انقباض کی آواز کی، اور "ٹی" اورطی مصراعوں کی (سہ رودی کی) قائم مقام ہے۔ جب مستزاد انکماش اتنا قوی نہو کہ اورطی مصراعوں کو اٹھا سکے، وہاں اس گروہ کی چوتھی آواز یعنے "ٹی" ("ti") غیر موجود ہوتی ہے۔ ایسی صورت میں تین آوازوں کا ایک گروہ ایک ساتھ سنائی دیگا جسے "لب" "ڈپ" "ٹم" کے الفاظ سے ظاہر کیا جاتا ہے۔

238 ایک نوعمر شخص میں مستزاد انکماشات، فاعلی التہاب قلب (active carditis)

شکل ۹۴ مختلف المقام (heterotopic) مستزاد انکماشات (م ک) جنہوں نے امین بطین سے پیدا ہوکر ا م تقوید ۱ میں اور ل تقوید ۳ میں زیادہ واضح ہے) نبض سہ توامی (pulsus trigeminus) پیدا کردی، ایک ایسی لڑکی میں جس میں مرض قلب کی کوئی شہادت نہ تھی (جے۔ ایم۔ ایچ۔ کیمبیل)۔

کیا کرتے ہیں۔ لیکن بیشتر بالغوں میں وہ کوئی انذاری مفہوم نہیں رکھتے۔ تاہم دوری سرعت قلب (paroxysmal tachycardia) کی نسبتہً زیادہ خطرناک حالت ان سے کسی حد تک تعلق رکھتی ہے، اور اس حالت کے طاری ہو جانے کے امکان کو پیش نظر رکھنا چاہئے۔ اس کا زیادہ ثبوت نہیں موجود ہے کہ یہ اکثر واقع ہوتا ہے۔ جب مرض قلب والے شخصوں میں

متزاد انکماشات ہوں تو انذار کی تخمین میں نسرات کی نوعیت کا لحاظ رکھنا چاہئے اور متزاد انکماشات کی موجودگی انذار کو بدتر نہیں بنا سکتی - جب وہ بالکل تندرست اشخاص میں واقع ہوں تو مریض کو اُن کی عدمِ اہمیت کے متعلق اطمینان دلانا چاہئے -

عام طور پر یہ تعلیم دیجاتی ہے کہ کسی حالت میں بھی کوئی علاج خاص طور پر نہیں شروع کرنا چاہئے، اور نہ مریضوں کو بیرونِ خانہ کھیلوں سے، بلکہ فی الحقیقت کسی بھی ورزش سے جو وہ بصورتِ دیگر کر سکیں، محترز رہنے کا مشورہ دینا چاہئے - جب متزاد انکماشات معراضِ مرض کے ساتھ متلازم ہوں تو ایسی تعلیم دینا گویا مناسب حد سے بہت تجاوز کرنا ہے - روماتزمی مبداء کے ہلکے اورطی اور مطرانی مرض (mild aortic and mitral disease) والا ایک مریض، جسے راقم الحروف جانتا ہے، حد سے زیادہ سخت عضلی محنت کیا کرتا تھا اور اُسے اکثر اوقات متزاد انکماشات محسوس ہوا کرتے تھے اگرچہ ورزش سے اُس کی سانس کبھی نہیں پھولتی تھی - بالآخر اس کو ذبحۂ صدریہ (angina pectoris) ہو گیا - زیادہ آرام کی حالت کی زندگی دوبارہ اختیار کرنے پر اُس نے محسوس کیا کہ متزاد انکماشات عملاً غائب ہو گئے - پہلے موقعہ پر اُن کی موجودگی اِس امر کی دلیل سمجھی جا سکتی تھی کہ ورزش حد سے بہت زیادہ تھی - اِس کے برعکس راقم الحروف کو ایسے تندرست طلباء ملے ہیں جن میں کسی وجہ سے اپنی باقاعدہ ورزش موقوف کر دینے کے بعد متزاد انکماشات نمویاب ہو گئے - ورزش پھر شروع کر دینے پر یہ متزاد انکماشات غائب ہو گئے -

قلب کا کثیر الوقوع فعل

سرعتہ القلب

(tachycardia)

مختلف حالات میں قلب، اور اُسی کے ساتھ نبض معمول کی نسبت زیادہ بار بار ضرب لگاتی ہے - محنت کرنے پر قلب کی سرعت طبعی تواتر (normal frequency) کی نسبت دگنی سے زیادہ ہو جائے گی، لیکن محنت کی موقوفی کے ساتھ چند ہی منٹ میں نبض اپنی طبعی شرح پر پھر آ جاتی ہے - عصبی اثرات کے تحت بھی یہ شرحِ بڑھ جاتی ہے - جذبات کو

متاثر کرنے والے اسباب (emotional causes) کی وجہ سے قلب کے فعل کی سرعت واقع ہونا کافی مشہور ہے۔ اور عصب تائیہ (vagus) کے شلل سے بھی سرعت فعل پیدا ہوجاتی ہے، جیسی کہ بعض اوقات التہاب اعصاب متعددہ (multiple neuritis) میں دیکھا جاتا ہے۔ شاذ شالوں میں افراد شرح قلب کو بالارادہ بڑھانے یا گھٹا دینے کی طاقت رکھتے ہیں۔ سرعت ضربات قلب کی ایک عام قسم، جس میں اکثر ایک جذباتی عامل (emotional factor) حصہ لیتا ہے، اختلاج کی ایک قسم ہے کہ جس کی شکایت اکثر ہوا کرتی ہے۔ حالتِ مرض میں نبض کے تواتر کی زیادتی کا ایک نہایت عام سبب حموی تعامل (febrile reaction) ہوتا ہے۔ اور یہ تغیر ایک حد تک ان سمیات سے منسوب کیا جاسکتا ہے جو بخار پیدا کردیتے ہیں، اگرچہ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ تنہا بلا واسطہ حرارت جیسی کہ ایک گرم غسل یا گرم کی ہوئی ہوا میں محسوس ہوتی ہے، قلب کو تیز کرسکتی ہے۔ سرعت قلب (tachycardia) مرض گریوز (Grave's disease) کا اہم مظہر ہے۔ جو خیال کیا جاتا ہے کہ درقی غدے کے باطنی افراز کی زیادتی یا ترمیم کے باعث ہوتا ہے۔ سرعت قلب ایٹروپین اور بعض دوسرے زہروں سے بھی پیدا ہوجاتی ہے۔ ان تمام مثالوں میں برقی قلب نگاری امتحان سے ظاہر ہوا ہے کہ یہ بڑھا ہوا تواتر قلب کے طبعی رفتار ساز کی تحریک کا نتیجہ ہوتا ہے۔ خود ضرب قلب کی ترقیم طبعی ہوتی ہے۔

دوسرا سبب قلب کی ساخت کا مرض ہے، خواہ یہ عضلۂ قلب کا ہو یا مصراع کا، کیونکہ ایسی صورت میں ہر واحد ضرب کی کارناکردگی (inefficiency) کی وجہ سے کافی دوران خون پیدا نہیں کیا جاسکتا تا وقتیکہ ایک معیّن وقت کے اندر ضربات کی تعداد زیادہ نہ ہوجائے۔ ان تمام اسباب کے علاوہ وقتاً فوقتاً ایسی حالتیں بھی واقع ہوجاتی ہیں، جنہیں ضربت القلب میں ایک دوری سرعت واقع ہوجاتی ہے، اور جن پر اب غور کیا جائیگا۔

سادہ دَوری سرعت القلب

(simple paroxysmal tachycardia)

سادہ دَوری سرعت القلب سے وہ حالت مراد ہے جس میں قلب کی طبعی ہیئتِ نیت کا خاتمہ ہوکر اس کی بجائے دفعتہً سریع اور باقاعدہ ضربات کا ایک سلسلہ پیدا ہوجاتا ہے،

جو فی منٹ ۱۰۰ اور ۲۰۰ کے درمیان ہوتے ہیں ۔ یہ ضربات ایک نئے مرکز کے باعث ہوتے ہیں، جو قلب میں پیدا ہوجاتا ہے، اور جو بطور خود ضربات کا آغاز کرتا ہے، جبکہ طبعی فتارساز (normal pacemaker) کا وظیفہ عارضی طور پر منسوخ ہوجاتا ہے ۔ لہذا یہ ضربات اپنے مبداء میں مختلف المقام (heterotopic) ہوتے ہیں اور انھیں متزاد انکماشات کا ایک سلسلہ سمجھنا چاہیئے ۔ یہ نیا مرکز یا تو (۱) اُذین کے اندر ہوسکتا ہے، یعنی جوفی اُذینی گرہ کے قریب، اُذین کے عضلی نظام (general musculature) میں، اُذینی بُطینی گرہ (auriculo-ventricular node) میں (گرہی توازن = nodal rhythm، جیسے کہ شکل ۳۲ میں)، یا گرہ سے آگے خاص بنڈل کے اندر، یا (۲) دائیں یا بائیں بطین کے اندر ہوسکتا ہے، جہاں ضربات غالباً پرکنجے کے جال (Purkinje's network) میں پیدا ہوتے ہیں ۔ ان قسموں میں برقی قلب نگار کے ذریعہ تفریق کی جاسکتی ہے ۔ سادہ دَوری سرعت القلب کی اُذینی قسم دونوں قسموں میں سے زیادہ عام ہوتی ہے ۔ جب ضربات اُذین میں پیدا ہوں تو یہ طبعی طور پر بُطین تک پھیل جاتے ہیں، لیکن جب وہ بُطین میں شروع ہوتے ہیں، تو وہ پیچھے کو اُذین کی جانب ایک ایسے رُخ میں پھیل جاتے ہیں جو کہ طبعی کے برعکس ہوتا ہے ۔

یہ حالت ہر عمر میں واقع ہوتی ہے ۔ طبعی اشخاص (normals) میں بھی یہ تقریباً اُسیقدر عام ہے جتنی کہ بوڑھے روماتزمی مریضوں میں اور عضلۂ قلب کے انحطاط (myocardial degeneration) والے مریضوں میں ۔

اِس حالت کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ اس کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے ۔ اِس کا حملہ چند سیکنڈ سے لیکر دو ہفتہ کے درمیان کسی عرصہ تک جاری رہ سکتا ہے ۔ قلب تیز اور باقاعدہ ہوتا ہے، اور مریض کی وضع (posture) سے متاثر نہیں ہوتا ۔ یہ امر اسے سرعت القلب کی دوسری قسموں سے ممتاز کرنے میں مدد دیتا ہے ۔ اصوات قلب ٹِک ٹیک (tic-tac) نوعیت کے ہوتے ہیں، اور اگر کچھ خریرات (murmurs) موجود رہے ہوں تو وہ غائب ہوجاتے ہیں ۔ نبض منتظم ہوتی ہے ۔ دَورے کا خاتمہ اُسیقدر دفعتہً ہوتا ہے جتنا کہ اِس کا آغاز، اور نبض پہلے پہل غیر طبعی طور پر سست ہوجاتی ہے اور ممکن ہے کہ اپنا طبعی توازن دوبارہ حاصل کرنے سے پہلے متزاد انکماشات

ظاہر کرے۔

علامات ۔ اگر حملے قلیل المدت ہیں، اور خاصکر اگر مریض اُن کا عادی بن گیا ہے تو ممکن ہے کہ کوئی علامات پیدا نہ ہوں ۔ اگر وہ کچھ عرصہ تک جاری رہتے ہیں تو عموماً تکلیف (distress) ہوتی ہے سینہ میں پھڑپھڑاہٹ (fluttering) کی شکایت ہوتی ہے، اور گردن میں ضربان (beating) کی ۔ مزید علامات قلب کی برآمد (output) کی تقلیل (دقیق حجم) کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو ایک اصابت میں ثابت ہوئی کسلمندی، خستگی (exhaustion) اور جوارح کی برودت موجود ہوتے ہیں، اور پسینہ آنے لگتا ہے ۔ سوء ہضم کے علامات نمودار ہوجاتے ہیں، یعنے ریحیت (flatulence) کثرت ریق (salivation)، متلی اور قے ۔ ممکن ہے کہ ذبحی (anginal) علامات بھی موجود ہوں، یعنے سینہ میں تنگی کا احساس اور تحت القصی درد ۔ ازاں بعد ممکن ہے کہ قلب بباعث فعل کی وجہ سے گرانبار ہوجائے (embarrassment of the heart) اور اسی طرح فشل القلب (cardiac failure) کے امارات پیدا ہوجائیں، جن کے ساتھ اتساع قلب اور گردن کی جڑ کی وریدوں کا احتقان (engorgement)، جگر کی کلانی اور آلیمیت عمومی اُذیما وغیرہ پائے جاتے ہیں ۔ دورہ موقوف ہوتے ہی یہ تمام علامتیں فی الفور غائب ہوجاتی ہیں، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اگر حملہ شدید ہوا ہے تو مختلف درجہ کی خستگی (exhaustion) باقی رہے۔

تشخیص ۔ اس کا انحصار مریض کے بہ احتیاط امتحان پر ہوتا ہے؛ جسکے ساتھ یہ دریافت کرنا بھی ضروری ہے کہ آیا ایسی ہی نوعیت کے دوسرے حملے پہلے بھی ہو چکے ہیں ۔ بعض اوقات ان اصابتوں کی تشخیص مثقوب معدی قرحہ (perforated gastric ulcer) کے طور پر کی گئی ہے اور جراحی عملیہ بھی کردیا گیا ہے ۔ نیز "حاد اتساع قلب" ("acute dilatation of the heart") کے طور پر بھی تشخیص کیجا چکی ہے ۔ 240

انذار ۔ انذار کے خاص نکات یہ ہیں:- (۱) عضلۂ قلب کس حد تک نقصان رسیدہ ہے، کیونکہ ممکن ہے حملے خالصتہً عصبی فعل کا نتیجہ ہوں اور عضلۂ قلب تندرست ہو۔ (۲) حملوں کی شدت، اور خاصکر فشل القلب کے امارات ۔ نوعمر اشخاص میں ایک یا دوسرے سمی سبب سے ایک دو انفرادی حملوں کا ہوجانا غیر عام نہیں، اور یہ عموماً نہیں کرتے۔

جب عضلۂ قلب تندرست ہو، بالخصوص اُن نوعمر اشخاص میں جنہیں حملے نوبتی (periodical attacks) ہوتے ہیں، تو ایسی صورت میں زندگی کا طول بالکل نہیں گھٹتا، اور ان حملوں سے

۱/۵ سیکنڈ

کبھری

شکل ۳۰۔ دَوری سرعت القلب (paroxysmal tachycardia) کے ایک مریض سے لی ہوئی شریانی ترسیم۔ دو مختصر دَورے دکھلائے گئے ہیں، جن میں سے ہر ایک تقریباً پانچ سیکنڈ جاری رہا۔ دَوروں کے درمیان نبض غیر منتظم ہے (بہ اتباعِ لیوس)۔

نجات ملنے کا اچھا خاصا موقع ہوتا ہے۔ اگرچہ اکثر دورے زائل ہو جاتے ہیں، تاہم ایک لمبے دورے میں ہلاکت واقع ہوگئی ہے۔ اگر طبیب کو کسی حملے کے دوران میں مریض نے

شکل ۳۱۔ دَوری سرعت القلب تقوید ۲ میں کی نبض تبادل غیر معمولی ہے (جے۔ ایم۔ ایچ کیمبیل)۔

بلایا ہے تو مریض یا اُس کے دوستوں کو یہ یقین دلانا تقریباً یقینی طور پر صحیح ہوگا کہ وہ اِس

مخصوص دورے سے شفایاب ہو جائے گا۔

علاج۔ احتیاط کے ساتھ سوال کرنے سے بعض اوقات حملوں کا واضح سبب معلوم ہو جاتا ہے، جیسے کہ تیز کافی (coffee)، کثرتِ تمباکو نوشی، شراب، جذبہ (emotion)، سرایت جیسے کہ حادِ زکام، ناگہانی بار پڑنا۔ ان سب سے بچنا چاہیئے۔ لیوئس (Lewis) بیان کرتا ہے کہ سو کر اٹھنے سے پہلے ایک چوڑا شکم بند (abdominal binder) لگا کر اسے دن بھر بندھے رہنا چاہیئے، کیونکہ ایسا کرنے سے حملے رکے رہتے ہیں۔ بعض اوقات ڈیجیٹالس (digitalis) یا کوئینی ڈین (quinidine) کا ایک پورا نصاب (full course) مفید ہوتا ہے۔ بہت سے طریقے ایسے ہیں جن سے خود حملے ہی بند کر دئے گئے ہیں، جیسے کہ ایک خاص ہیئت (attitude) اختیار کرنا، مثلاً سر کو گھٹنوں کے درمیان رکھ کر جھکنا، ہاتھوں اور گھٹنوں کے بل رینگنا، یا کرسی مرفقی وضع میں ٹھیرے رہنا یا چت (supine) لیٹنا۔ قے کرانا، ریحیت دور کرنا، پیش قلبہ (præcordium) پر برف یا شکم کے گرد ایک تنگ بندش لگانا، گردن میں اعصاب تائیہ (vagi) کو دبانا، ڈیجیٹالین (digitalin) یا اسٹروفینتھین (strophanthin) کا وریدی اشراب کرنا، گہرے شہیق اور زفیر جلد جلد کرکے تنفسی کوشش کرنا، یہ سب حملوں کو روکدینے میں کامیاب ہوئے ہیں۔ بعض اوقات مریض خود اپنے لئے کوئی ایسی چیز دریافت کرلیتے ہیں جس سے وہ حملے کو بالارادہ روک سکتے ہیں۔ کوئینی ڈین (quinidine) ممکن ہے کامیاب ثابت ہو، اور ۲،۰ گرام سے شروع کی جاتی ہے، اور دو گھنٹے کے بعد ۴،۰ گرام دے کر پھر تین تین گھنٹوں کے وقفہ سے پانچ خوراکیں دیجاتی ہیں۔ ڈیجیٹیلس (digitalis)، ایگل اسٹن (Eggleston) کے طریقہ سے آزمائی جاسکتی ہے، جیسا کہ اذینی ریشکی انقباض کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

241

طویل حملوں کے دوران میں یہ ضروری ہے کہ مریض کو بآرام رکھا جائے اور اگر ضرورت ہو تو افیون کے مرکبات (opiates) کے ذریعہ سے نیند پیدا کردی جائے۔ قریب الوقوع فشلِ قلب کے امارات کے لئے مناسب علاج کی ضرورت ہوگی۔ افتصاد (venesection) مفید ہو سکتا ہے۔ اگر کوئی عملیہ ضروری ہو تو حملوں کی سرگذشت، ایک عمومی معدمِ حس (general anæsthetic) کے استعمال کو خارج از بحث

نہیں کرتی۔

شکل ۴۲ - گرہی توازن (nodal rhythm) - ف موجیں (ف) بطینی علائمیوں (ventricular complexes) سے بہت قریب ہیں - یہ بعض برقی قلب نگاریوں میں منعکس (inverted) ہوتی ہیں (ر۔ جے۔ ایم - ایچ - کیامبیل)۔

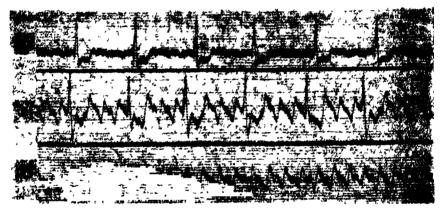
اذینی رفرفہ (پھڑپھڑاہٹ)
(auricular flutter)

یہ نام سرعت القلب کی اُس شکل کو دیا گیا ہے، جس میں اُذین نہایت جلد جلد منقبض ہوتا ہے، یعنے مختلف مثالوں میں ۲۳۰ سے لیکر ۴۵۰ بار تک، لیکن بطین عموماً اِس سے آدھے یا چوتھائی تواتر کے ساتھ ضرب لگاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ کسی حد تک اُذینی بطینی سدودیٔ قلب قائم ہوجاتی ہے - صرف ہر دوسرے، تیسرے یا چوتھے اُذینی انقباض کا ایصال بُطین تک ہوتا ہے - کبھی کبھی محض قلیل عرصوں کے لئے قلبی سدودی موجود نہیں ہوتی، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطینی شرح بھی فی منٹ ۳۲۰ ہوجاتی ہے، اور مریض عموماً غشی کی حالت میں ہوتا ہے - لیکن ۲ کے پیچھے ۱ والی قلبی سدودی کی صورت میں نبض کُبری کی شرح تقریباً ۱۴۰ سے زائد نہیں ہوتی، چنانچہ بہ استثنائے بعض مثالوں کے اگر شرح نبض اس قدر سے اوپر ہو تو اُذینی پھڑپھڑاہٹ کو خارج از بحث سمجھا جا سکتا ہے۔

اِس کے برعکس اگر بطینی شرح اُذینی شرح سے صرف چوتھائی ہے تو یہ صاف واضح ہے کہ نبض، جو فی منٹ صرف ستر یا اسی ہے، سرعت القلب کی موجودگی کا کوئی شبہ نہیں پیدا کریگی۔ تاہم ایک پست ارتفاع کی آواز جو فی منٹ ۳۰۰ کی لے رکھتی ہے، سنی جا چکی ہے (62)۔ ایسی حالت میں مرض، جو صرف اذینوں کی سرعت القلب ہے، محض وریدی نبض کی ترسیم سے شناخت میں آسکتا ہے، یا برقی قلب نگارش سے، جس میں ہر بطینی ضرب (ل = R) کے پیچھے اُذینی ضربات (ف = P) دو یا چار ہونگے لیکن یہ باقاعدگی ہمیشہ نہیں قائم رہتی، اور ممکن ہے کہ غیر منتظم نبضیں واقع ہونے لگیں۔ یہ سرعت القلب دفعۃً شروع اور ختم ہوتی ہے، اور مریض کی وضع اور ورزش سے اُسی طرح متاثر ہوتی ہے جس طرح کہ دوری سرعت القلب کی زیادہ عام شکلیں۔ لیکن یہ حالت طویل عرصوں تک جاری رہنے کا نسبتہً بہت زیادہ رجحان رکھتی ہے، اور اکثر اوقات ایسا ہوتا ہے کہ یہ عارضی ہوتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۳۳)۔ اگر نبض مربع ہے تو برقی قلب نگار کے ذریعہ تشخیص کرنا مشکل ہو سکتا ہے۔ ایسی صورت میں سباتی جوف (carotid sinus) پر مضبوط دباؤ ڈالکر قلب کو سست کیا جا سکتا ہے، جس سے موجوں کا سرعت سے عود کرنا ظاہر ہو جاتا ہے، جیسا کہ شکل ۳۳ کی تقویم ۲ اور ۳ میں ہے۔ ڈیجیٹیلیس کے زیر اثر لانے اور اسطرح قلب کو سست کرنے سے بھی تشخیص میں مدد ملتی ہے۔ اُذین کی پھڑپھڑاہٹ پرانے روماتزمی مریض کی نسبت اُس مریض میں زیادہ تواتر کے ساتھ ہوتی ہے جسے شریانی تصلب (arteriosclerosis) یا خون کے دباؤ کی زیادتی کی شکایت ہو۔

242

امراضیات۔ اگر اُذین میں سے ایک عضلی حلقہ کاٹ کر نکال لیا جائے اور اسے ایک نقطہ پر متہیج کیا جائے تو اس نقطہ سے انقباض کی دو موجیں شروع ہوتی ہیں جو مخالف سمتوں میں مساوی رفتار سے چکر لگاتی ہوئی حلقہ کی مخالف جانب پر پھر مل جاتی ہیں۔ چونکہ عضلہ اُن کے ملنے کے وقت منقبض ہو رہا ہے لہٰذا وہ حالت گریزی (refractory) میں بھی ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ موجیں ایک دوسرے کو عبور نہیں کر سکتیں اور ضائع ہو جاتی ہیں (Mines)۔ اُذین کی طبعی قلبی ضرب کے متعلق یہ سمجھ لینا چاہئے کہ یہ اسی قسم کے ضربات کا تواتر (succession of beats) ہے، جو اُذین کے گرد چکر لگا کر ایک دوسرے سے دوچار ہوتے ہیں اور وہاں ضائع ہو جاتے ہیں۔

اب فرض کیجئے کہ اصلی حلقہ میں ایک ناگہانی عارضی سدودی (block) پیدا ہو جائے اور اس طرح موج صرف ایک ہی سمت میں چکر لگا سکے، تو ایسی صورت میں وہ اسی سمت میں بار بار چکر لگاتی رہے گی کیونکہ اب مخالف سمت میں کوئی موج نہیں رہی ہے جو عضلہ کو گریزی بنا کر اسے روک دے۔ اس کے چکر لگانے کا سلسلہ لامتناہی طور پر جاری رہے گا۔ اُذین کی پھڑپھڑاہٹ میں صورتِ حال ایسی ہی ہوتی ہے، موج اُذینی عضلہ کے گرد چکر لگاتی رہتی ہے، اور برقی قلب نگارش کی ف، موج ایک ایسے مکمل چکر سے متناظر ہوتی ہے (لیوس)۔ جب یہ موجِ تحریک چکر لگاتی ہے تو یہ شاخیں (offshoots) نکالتی جاتی ہے جو سارے

شکل ۳۳ - جحوظ العینی غوطر (exophthalmic goitre) کی اصابت سے حاصل شدہ اُذینی پھڑپھڑاہٹ (auricular flutter)۔ اُذین کی شرح فی منٹ ۳۲۰ ہے، اور ۸۰ ضربات کی منتظم نبض کے ساتھ ۴:۱ سدودی موجود ہے (عموماً تعوید ایں پھڑپھڑاہٹ واضح نہیں ہے)۔ (جے - ایم ایچ کیامبیل)

اُذینی عضلہ میں پھیل کر انقباض پیدا کر دیتے اور بطینوں کو متہیج کر دیتے ہیں۔ تاہم کسی قدر اُذینی بطینی سدودی (A. V. block) ہمیشہ قائم ہو جاتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطین صرف ہر دوسری، تیسری یا چوتھی اُذینی ضرب کی مجیبیت ظاہر کرتے ہیں۔

علاج - یہ پایا گیا ہے کہ ڈیجیٹالس (digitalis) اُن اصابتوں میں مفید اثر

رکھتا ہے جن میں شرح نبض ۱۳۰ تا ۱۷۰، اور اُذینی ضرب کی شرح اِس سے دُگنی ہوتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ دوا اس مزاحمت کو زیادہ کر دیتی ہے جو کہ صدمات کو اُذینی بطینی بنڈل کی راہ سے گذرنے میں پیش آتی ہے۔ اور اِس طرح بطینی شرح گھٹ جاتی اور نبض سست ہو جاتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں ڈیجیٹالس، اُذین کے منتظم گو سریع انقباض کو درہم برہم کر دیتا اور اسطرح اُذین کا ریشکی انقباض پیدا کر دیتا ہے۔ اب اگر ڈیجیٹالس موقوف کر دیا جائے تو ممکن ہے کہ قلب اذینی پھڑ پھڑاہٹ کی طرف رجوع کرنے کی بجائے اپنا طبعی فعل اختیار کر لے۔ اِس کے بدل کے طور پر (alternatively) کیونیڈین (quinidine) کو استعمال کیا جا سکتا ہے، یا تو اولاً پھڑ پھڑاہٹ کو روکنے کے لئے یا اُس ریشکی اِنقباض (fibrillation) کو روکنے کے لئے جو ڈیجیٹالس کے علاج سے پیدا ہو گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 246)۔

اذین کا ریشکی انقباض
(auricular fibrillation)

اِس حالت کی اہمیت اِس واقعہ سے ظاہر ہوتی ہے کہ کسی شفا خانہ عام میں جو مریض فشلِ قلب کے لئے داخل کئے جاتے ہیں اُن میں سے نصف سے زائد ایسے ہوتے ہیں جو اذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation) میں مبتلا ہوتے ہیں۔ اذینی ریشکی انقباض کا ایک کثیر الوقوع پیشرو حاد روماتزم ہے، اور سرسری طور پر کہا جا سکتا ہے کہ شفا خانہ میں اُذینی ریشکی اِنقباض کی جتنی اصابتیں ملتی ہیں اُن سب میں سے نصف ایسی ہوتی ہیں جو مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی ہوتی ہیں۔ روماتزمی گروہ بجی مزاولت میں چنداں کثیر الوقوع نہیں، کیونکہ حاد روماتزم نسبتہً کم عام ہے۔ دوسرے اسباب تصلب شریان (arteriosclerosis) گوطر (goitre) بشمول بیش درقیت (hyperthyroidism) ہیں۔ اور چند اصابتوں میں مریض بظاہر طبعی حالت میں ہوتا ہے الّا یہ کہ اِسے ریشکی انقباض ہوتا ہے۔ اذینی ریشکی انقباض جب ایک مرتبہ نمویاب ہو جاتا ہے تو پھر وہ عموماً مریض کی بقیہ زندگی بھر قائم رہتا ہے۔ تاہم ریشکی انقباض دوروں کی صورت میں بھی واقع ہوتا ہے اور چند سیکنڈ سے لیکر ایک یا دو مہینے جاری رہتا ہے۔ ایسے مریضوں

کے تجزیہ سے ظاہر ہوا کہ ۵۴ فیصدی شریانی تصلب والے تھے، ۲۵ فیصدی روماتزمی تھے، ۱۵ فیصدی کو درقیہ کا مرض تھا، اور ۱۵ فیصدی یا تو طبعی تھے یا تمبا کو، الکحل وغیرہ سے یا سرایت سے مسموم لیکن سرایت غالباً ابتدائی تر اقسام کے بہت سے مریضوں میں موجود تھی (9) ۔

امراضیات ۔ انسانی موضوع میں اذینی ریشکی انقباض ابتداءً ۱۹۰۹ء میں راتھ برجر (Rothberger) اور ونٹر برگ (Winterburg) نے جداگانہ طور پر اور پھر اس ملک میں لیوس (Lewis) نے بیان کیا ۔ یہ سریریاتی حالت ابتدائی ترین زمانہ سے معلوم تھی، اور اس میں نبض کو دائمی غیر منتظم نبض (pulsus irregularis perpetuus)

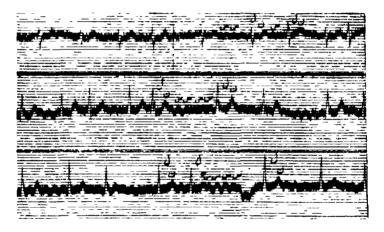
شکل ۴۴ ۔ ایک کثیر نگاری ترقیم ایک ایسے مریض سے جس میں قلب کی کامل بے نظمی تھی ۔ بطین کے ہر انکماش کے ساتھ بالائی یا وریدی سمتی میں ح (c) اور و (v) موجیں ہوتی ہیں ۔ معمولی پیش انکماشی موج ا (a) بالکل غائب ہوتی ہے ۔ ا (a) کی غیر موجودگی اور بے نظمی کی موجودگی اذین کے ریشکی انقباض (fibrillation) سے منسوب کی جاتی ہے ۔ (بہ اجازت لیوس) ۔

کہتے تھے ۔ میکنزی (Mackenzie) نے مشاہدہ کیا کہ وداجی ترسیمو (jugular tracings) میں موج ا (a) غائب تھی اور اس نے سب سے پہلے اسے شلل اذین کا نتیجہ سمجھا ۔ اس سریریاتی حالت کی حقیقی نوعیت اس وقت پہچانی گئی جبکہ مریضوں کی برقی قلب نگارشوں (electrocardiograms) اور وداجی نبض کی ترسیمو (jugular pulse tracings) کا مقابلہ ان کتوں سے لی ہوئی ترسیموں سے کیا گیا جنھیں فرادی رو سے تہیج کے ذریعہ اذین کے ریشوں میں انقباض (fibrillation) پیدا کیا گیا تھا ۔ لیوس اور اس کے رفقائے کار کے تازہ تجربات نے اس حالت کی امراضیات (pathology) پر مزید روشنی

ڈالی ہے - یہ پہلے ہی بتا دیا گیا ہے کہ اُذینی پھڑپھڑاہٹ ایک موج انقباض کے باعث ہوتی ہے جو اُذین کے گرداگرد بار بار چکر لگاتی ہے - ریشکوں کا انقباض بھی ایک چکر لگانیوالی موج کے باعث ہوتا ہے لیکن اس حالت میں یہ موج فی منٹ تقریباً ۴۲۰ گردشوں (revolutions) کی رفتار سے سفر کرتی ہے، دائرہ کا محیط نسبتۃً چھوٹا ہوتا ہے موج کا راستہ زیادہ بے قاعدہ ہوتا ہے، اور اُذینی دیوار پر اس کی نشاعیں بھی بہت بے قاعدہ ہوتی ہیں - اس کا سبب یہ ہے کہ جب موج اسقدر سرعت کے ساتھ سفر کر رہی ہوتی ہے تو وہ اُذینی عضلہ جس پر سے یہ موج سفر کرتی ہے جزء گریزی حالت (refractory state) میں ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہے کہ محض چند ریشے ایسے ہوتے ہیں جو کہ ایصال صدم کی قابلیت رکھتے ہیں، اور یہ اسوقت جبکہ چکر لگانے والی موج پھر واپس آتی ہے، بدل جاتے ہیں، اور اسطرح انقباض کے راستہ میں انتہائی بیقاعدگی پیدا ہوجاتی ہے۔ اذینی بطینی گرہ (A. V. node) میں بھی بقیہ عضلہ کی طرح بیقاعدہ تحریکات اُٹھتی ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطین بھی بیقاعدگی کے ساتھ ضرب لگانے لگتا ہے۔ لیکن چونکہ کسیقدر اذینی بطینی مسدودی (A. V. block) ہمیشہ قائم ہوجاتی ہے، لہذا بطین ہر صدمہ کی مجیبیت نہیں ظاہر کرتا۔ لیکن اس کے باوجود ایک علاج نہ کی ہوئی اصابت میں بطین کی شرح سریع اور غیر منتظم ہوتی ہے۔

تشخیص - اذین کے ریشکی انقباض کی شناخت بیشتر اصابتوں میں مقابلتہً آسان ہوتی ہے۔ ضربتہ الراس (apex beat) اور نبض دونوں کسی غالب توقف ازن کی کامل غیر موجودگی ظاہر کرتے ہیں۔ ضربات اپنی قوت اور شرح دونوں میں بالکل غیر منتظم ہوتے ہیں۔ اگر ایک کعبری ترسیم اس بے نظمی کو بخوبی ظاہر کرے، تو یہ دیکھنے میں آئے گا کہ ایک طویل تر وقفہ کے اختتام پر بجائے اس قوی ضرب کے جس کی توقع ہوسکتی ہے ایک نسبتہً کمزور ضرب ملتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ایک مختصر وقفہ کے بعد ایک قوی ضرب دیکھی جائے (ملاحظہ ہو شکل ۳۴)۔

اُسوقت جبکہ قلب کی شرح تیز ہو ضرب قلب کا مقابلہ جیسی کہ وہ بذریعۂ استماع سُنی جاتی ہے، نبض سے کیا جاتا ہے، اور یہ دیکھا جاتا ہے کہ قلب کے بہت سے ضربات کلائی تک منتقل ہونے میں سراسر ناکام رہتے ہیں۔ مطرانی ضیق کی اصابتوں میں

حقیقی اُذینی انکماشی خریر (auriculo-systolic murmur) کبھی نہیں ہوتی، کیونکہ اُذین نے ضرب لگانا موقوف کردیا ہوتا ہے۔ اگر خریر کبھی سُنائی بھی دے، تو وہ ہمیشہ ابتدائی انبساطی یا وسط انبساطی (mid-diastolic) ہوگی۔ بعض اوقات وہ بہ ظاہر پیش انکماشی (presystolic) ہوتی ہے، لیکن یہ ایسی صرف اسی وجہ سے ہوتی ہے کہ قلب بعض اوقات انبساطی خریر کے ختم ہونے سے پہلے ہی منقبض ہوجاتا ہے۔ جب تعدّد اتنا کافی طویل ہو کہ وسط انبساطی خریر پورے طور پر ختم ہوجائے، تو حقیقی اُذینی انکماشی خریر کبھی نہیں سُنائی دیتی۔

شکل ۵۳۔ اُذین کے ریشکی انقباض کی برقی قلب نگارش۔ کلیمینی ل (R) اور ن (T) موجیں نہایت بیقاعدگی کے ساتھ واقع ہیں، اور اذینی ف موجیں (P-waves) غیر موجود ہیں، لیکن اُن کی جگہ کثیر التعداد چھوٹی چھوٹی موجوں س (F) نے لے لی ہے، جو منحنی میں منتشر ہیں۔ [بہ اتباع رسیل ویلس (Russel Wells)]۔

جب قلب بے قاعدگی کے ساتھ، اور ایسی شرح سے ضرب لگاتا ہو کہ جو فی منٹ ۱۲۰ سے زائد ہو، تو یقیناً یہ اذین کے ریشکی انقباض (auricular fibrillation) کی اصابت ہے۔ لیکن جب قلب سستی کے ساتھ، یا یوں کہئے کہ ..اس سے کم بار ضرب لگاتا ہو، اور اُس کی بیقاعدگی بھی چنداں زیادہ نہ ہو تو شناخت زیادہ مشکل ہوتی ہے۔ تاہم ایک مزید قیمتی امارت یہ ہے:۔ مریض سے کسی ہلکی قسم کی ورزش کے لئے، جیسے کہ

اوپر نیچے جھکنے، یا بستر میں ایک دو بار اٹھ کر بیٹھنے اور پھر لیٹنے کو کہا جاتا ہے۔ اگر اذینی ریشکی انقباض موجود ہے تو اس ورزش سے قلب اور بھی زیادہ غیر منتظم ہو جائے گا۔ دوسری اصابتوں، مثلاً متزاد انکماشات یا قلبی سدودی میں ورزش کرنے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نبض زیادہ باقاعدہ اور منتظم ہو جاتی ہے۔

انذار۔ اذینی ریشکی انقباض ایک خطرناک حالت ہے۔ دس سال سے زائد زندہ رہنے والے مریض زیادہ نہیں ہوتے۔ فوری انذار کا بیشتر انحصار شرح نبض کو ۹۰ سے نیچے رکھنے کی قابلیت پر ہے، جو ایک امید افزا امارت ہے، اور وہی علاج کا بڑا مقصد بھی ہے۔ قلب جتنا بڑا ہوگا انذار اتنا ہی خراب ہوگا۔ اس کے برعکس جب امتلائی فشل ہو تو ریشکی انقباض والی اصابتوں میں بمقابلہ ان اصابتوں کے کہ جن میں ریشکی انقباض نہیں ہوتا عارضی صحت یابی ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے (20)۔ کیونینی ڈین، تقریباً ۵۰ فیصدی اصابتوں میں، اکثر اوقات صرف عارضی طور پر شفا بخش ثابت ہوتی ہے۔

علاج۔ امراض قلب میں ڈیجیٹالس (digitalis) کو جو بڑی شہرت اور ناموری حاصل ہے اس کا دارومدار خاص کر اسی امر پر ہے کہ وہ اس حالت کے علاج میں کامیاب ثابت ہوتی ہے۔

سب سے پہلے ۱۷۷۵ء میں برمنگھم کے ایک طبیب ولیم وِدرنگ (William Withering) نے طب کو ڈیجیٹالس سے روشناس کیا۔ اس نے استسقا کے کامیاب علاج کا ایک خاندانی نسخہ حاصل کیا، جو شراپ شائر کی ایک ضعیفہ نے عرصہ دراز تک صیغۂ راز میں رکھا تھا اور جس سے اس نے ان مریضوں کو اچھا کر دیا تھا جن کے علاج میں نسبتہً زیادہ باقاعدہ اطبا عاجز رہ گئے تھے۔ اس دوا میں بیس یا زائد مختلف بوٹیاں تھیں، لیکن وِدرنگ نے ان میں سے کف الثعلب (fox-glove) کو بحیثیت ایک فعال جزو کے منتخب کر لیا۔ اس کی کتاب میں ۱۶۳ مریضوں کا حال درج ہے، لیکن وہ استسقا کے غائب ہو جانے اور متناظر ادرار پر بہ نسبت اس اثر کے جو قلب پر ہوتا ہے زیادہ توجہ دیتا ہے، اگرچہ چند مریضوں میں قلب پر کے اثر کا بطورِ خاص تذکرہ کیا گیا ہے۔ تاہم وہ مندرجۂ ذیل نوٹ کرتا ہے: "قلب کی حرکت پر اسے اس درجہ کا اقتدار حاصل ہے جو ابتک کسی دوسری دوا میں مشاہدہ میں نہیں آیا۔"

245

اگر نبض ۱۰۰ سے زائد ہو تو مریض کو بستر میں رکھکر اس کا علاج سفوف ڈیجیٹالس (pulv. digitalis) ۱ تا ۱½ گرین جو کہ معیاری صبغیہ (tincture) کے ۱۰ - ۱۵ قطرات کے برابر ہوتا ہے، دن میں تین یا چار مرتبہ دے کر کرنا چاہئے یا تازہ خیساندہ (infusion) استعمال کیا جاسکتا ہے۔ اگر نبض کی رفتار میں کمی نہو، تو اس کی مقدار خوراک کو بڑھایا جاتا ہے، یہانتک کہ ڈیجیٹالس کے سمّ کے واضح علامات ظاہر ہونا شروع ہوں۔ وہ علامات یہ ہیں:۔ متلی، قے، اسہال، اور دردِ سر۔ اب اِن علامات کو دور کرنے کے لئے مقدار خوراک کو کافی گھٹا دینا چاہئے، اور اسے مطلوبہ اثر حاصل ہونے تک جاری رہنے دینا چاہئے۔

حاد یا نہایت خطرناک اصابتوں میں اسٹروفینتھین (strophanthin) ۱/۶۰ گرین، طبعی ملح (normal saline) میں ملاکر دروں وریدی طور پر دیسکتے ہیں، اور یہی مقدار مکرر دیجاسکتی ہے۔ اِسے تحت الجلدی یا دروں عضلی راہ سے بھی دیسکتے ہیں۔ دروں وریدی اسٹروفینتھین چنداں خالی از خطر نہیں، کیونکہ مفید ترین علاجی اثر حاصل کرنے کے لئے دوا کی جو مقدار ضروری ہوتی ہے وہ زہریلی مقدار خوراک کے قریب ہوتی ہے۔ زیادہ دیر تک پڑا رہنے پر اس کی قوت تاثیر میں کمی ہوجاتی ہے۔ اذینی ریشکی انقباض کی حاد اصابتوں کے علاج کا ایک زیادہ خالی از خطر طریقہ ایگلسٹن (Eggleston) کا ہے، جس نے بتلادیا ہے کہ جب ایک سریع اور کامل اثر پیدا کرنا ضروری ہو تو اذینی ریشکی انقباض اور فشل القلب والے مریضوں میں، ڈیجیٹالس کی اُن مقداروں کی نسبت جو عموماً استعمال کی جاتی ہیں، بہت زیادہ بڑی خوراکیں براہِ دہن دیجاسکتی ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ ڈیجیٹالس کی ایک معقول طور پر معیاری بنائی ہوئی تجہیز (standardized preparation) استعمال کی جائے۔ امریکہ میں ڈیجیٹالس کے علاج کی اِکائی (unit for digitalis therapy) "گربہ اکائی" ("cat unit") ہے یعنی ڈیجیٹالس (کے سفوف کئے ہوئے پتوں کی ملی گراموں میں ظاہر کی ہوئی) وہ اقل مقدار جو دروں وریدی اشراب کرنے پر بلی کے لئے مہلک ثابت ہو۔ اس ملک میں ڈیجیٹالس کی بیشتر عمدہ تجہیزوں کی "گربہ اکائی" سفوف کردہ پتوں کے ۱۰۰ ملی گرام کے برابر ہوتی ہے۔ اِن حالات میں ڈیجیٹالس کی وہ مجموعی مقدار جو ایک مریض کو دیجاسکتی ہے ذیل کے ضابطہ میں دی گئی ہے:۔

صبغیۂ ڈیجیٹالس کے مکعب سنٹی میٹروں کی تعداد = ۰٫۱۵ × جسم کا وزن

رطلوں میں -

سفوف کردہ پتّوں کے گراموں کی تعداد = ۰٫۰۱۵ × جسم کا وزن رطلوں میں.

مریض کے جسم کے طبعی وزن سے کام لینا چاہئے ' اور اِس کی تخمین مریض کے حقیقی وزن سے کرنے میں کسی اذیما کا جو موجود ہو لحاظ رکھنا چاہئے۔ جسمانی طول پر سے قیاس کردہ وزن کام میں لایا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 472)- آخر الذکر کی پیمائش قمۃ الراس (vertex) اور عظم الورک کے حدبات (ischial tuberosities) کے درمیان اُسوقت کرنا چاہئے جبکہ مریض بستر پر لیٹا ہوا ہو۔ شاید زیادہ خالی از خطرہ یہی ہے کہ اندازہ کردہ مقدار کا ⅔ ہی کام میں لایا جائے۔ یہ تخمین کرنے پر ایک بالغ کے لئے عموماً صبغیہ کی ۴ ڈرام پائی جاتی ہے۔ بہترین یہ ہے کہ یہ تین یا چار خوراکوں میں چھ چھ گھنٹوں کے فاصلہ سے دی جائے' اسطرح پر کہ مجموعی مقدار کے نصف سے شروع کیا جائے' پھر ¼' پھر ⅙' پھر $\frac{1}{12}$ - شرح نبض کم کرنے میں اعظم اثر ایک دو گھنٹے میں اسطرح حاصل کیا جاسکتا ہے کہ ڈیجیٹالس کے پتوں سے ایک خالص گلوکوسائیڈ ڈگاکسن (glucoside digoxin) کا دروں وریدی اشراب کیا جائے' خوراک ۰٫۵ ملی گرام اور ۱٫۵ ملی گرام کے درمیان' جس کے الکحلی محلول کو ۱۰ گنا مالح کے ساتھ ہلکا لیا جاتا ہے۔ بیجوں سے ڈیجیٹالینم ویرم (digitalinum verum) کا بھی اشراب کیا جاسکتا ہے' خوراک ۵ ملی گرام جو کہ ۰٫۵ ملی گرام ڈگاکسن (digoxin) اور معیاری صبغیہ کے ۸۵ قطرات کے معادل ہوتی ہے۔ ڈگاکسن براہ دہن بھی فعال ہوتی ہے۔ دونوں زیر جلدی بافتوں کے لئے خراش آور ثابت ہوتے ہیں (60)-

ڈیجیٹالس علاج کا مقصد یہ ہے کہ جب مریض بستر پر لیٹا ہوا ہو تو اس کی نبض ۸۰ اور ۹۰ کے درمیان رہے۔ جب یہ مقصد حاصل ہوجائے تو مریض اُٹھ سکتا ہے' اور پھر یہ مقدار بتدریج گھٹا دیجاتی ہے اور پھر عموماً یہ دیکھا جائے گا کہ نبض اب بھی سست رہتی ہے۔ اِس کے لئے جو اقل مقدار ضروری ہے اُس کا تعیّن کرلیا جاتا ہے' اور مریض کو اِس مقدار کو اپنی باقی زندگی بھر لیتے رہنا چاہئے۔ لیکن اگر ڈیجیٹالس کے علاج کے باوجود شرح نبض بدستور بلند رہے تو اس قسم کی دوا سے اس سے زیادہ نہیں کیا جاسکتا۔ دوسرے مقتضیات (indications) یہ ہیں کہ بے انتہا محنت سے احتراز کیا جائے' سرایتہٗ حمسلٗ اور قبض سے بچا جائے' اور حتی الامکان تندرست رہا جائے۔ عمومی معدامعائی

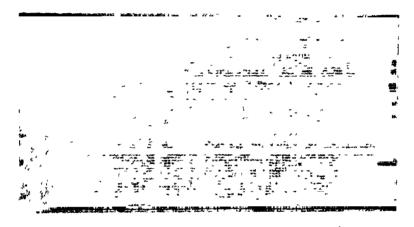
(general anaesthetics) صرف اُسی وقت دینے چاہئیں جبکہ ایک عملیہ سے مریض کی زندگی بہت زیادہ بڑھائی جا سکے، یعنے جب عملیہ عملاً ناگزیر ہو۔

قلب کو سست کر دینے میں ڈیجیٹالس کا فعل قلبی سددودی پیدا ہو جانیکے باعث ہوتا ہے، جو اِس درجہ کی ہوتی ہے کہ اُن کثیر التعداد صدمات کو روکنے کے لئے کافی ہوتی ہے جو اذینوں سے پیدا ہو کر بطین پر یورش کر دیتے ہیں۔ یہ قلبی سددودی غالباً عضلۂ قلب پر راست فعل کے باعث ہوتی ہے، جو غالباً اذینی بطینی بنڈل (auriculo-ventricular bundle) میں کسی مقام پر یا اذینی بطینی گرہ (A. V. node) پر ہوتا ہے۔ تندرست قلوب میں ڈیجیٹالس کا فعل عصب تائیہ کا امتناع (vagal inhibition) پیدا ہو کر ہوتا ہے۔ جب ڈیجیٹالس کا استعمال مدت سے زائد جاری رکھا جائے تو ممکن ہے کہ تسمم کی دوسری علامتوں کے علاوہ ڈیجیٹالسی مزدوجیت ("digitalis coupling") واقع ہو جائے (شکل ۳۶)۔ نبض سست ہو جاتی ہے، اور قلب غیا دلاً فوت کے ساتھ اور کمزوری کے ساتھ ضرب لگاتا ہے۔ جب یہ واقع ہو جائے تو ڈیجیٹالس کو عارضی طور پر حذف کر دینا چاہئے۔ یہ خطرے کی امارت ہے۔

۱۹۱۸ء میں فرے (Frey) نے اذین کے ریشکی انقباض (auricular fibrillation) کے علاج کے لئے دنیائے طب کو کیونیڈین (quinidine) سے روشناس کیا۔ یہ اذینی عضلہ پر دو طریقوں سے عمل کرتی ہے:۔ (۱) یہ گریزی عرصہ (refractory period) کو طویل بنا دیتی ہے۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ اذین کے ریشکی انقباض میں اذین کے گرد ایک تیز سرکسی حرکت ہوتی ہے، اور مزید براں یہ موج تقریباً پورے دَور میں پھیل جاتی ہے، اس طرح کہ بڑھتی ہوئی موج کے سر اور اس کی بھاگتی ہوئی دُم کے درمیان صرف ایک چھوٹا فصل تحریک پذیر عضلہ کا رہ جاتا ہے۔ جب گریزی عرصہ زیادہ ہو جاتا ہے تو اِس چھوٹے فصل میں کا عضلہ تحریک ناپذیر ہو جاتا ہے اور وہ حرکت موقوف ہو جاتی ہے۔ (۲) کیونیڈین اذین کی قوت ایصال کو کم کر دیتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ موج نسبتہً سست رفتاری سے سفر کرتی ہے۔ یہ فعل سابق الذکر فعل کے خلاف ہے اور موج کا استمرار پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے، کیونکہ تحریک پذیر عضلہ کا فصل زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیونیڈین کے اثر کا انحصار اِس پر ہے کہ اِن دونوں افعال میں سے کون سا فعل زیادہ قوی ہے۔ اگر

246

پہلا فعل قوی ہے تو اذینی رعشکی انقباض موقوف ہو جائے گا، اور قلب اپنا طبعی توازن پھر حاصل کرلے گا۔ ایسا تقریباً نصف اصابتوں میں ہوتا ہے۔ بقیہ نصف میں یہ دوا بیکار ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ دوسرے فعل کے غالب رہنے کی وجہ سے ہو۔

کیونیڈین کا علاج کرنے سے پہلے بہترین طریقہ یہ ہے کہ مریض کو بستر میں رکھکر ڈیجیٹالس کے علاج کا ایک ابتدائی نصاب دیا جائے اور بطینی شرح کو ۷۰ اور ۸۰ کے درمیان گھٹا کر اس کی حالت میں اصلاح کرلی جائے۔ اگر اس سے مریض میں کوئی اصلاح نہ پائی جائے تو یہ اصابت کیونیڈین کے لئے ناموزوں ہے، کیونکہ مریض کی اصلی حالت کا

شکل ۳۹۔ ڈیجیٹالسی مزدوجیت (digitalis coupling)۔
(جے۔ ایم۔ ایچ کیامبل)۔

سبب کوئی غیر طبعی توازن نہیں ہے بلکہ زیادہ تر خود قلب میں نقائص ہیں۔ اذینی رعشکی انقباض کی وہ اصابتیں بھی کیونیڈین کے علاج کے لئے چنداں موزوں نہیں، جن میں ڈیجیٹالس دئے بغیر ہی بطینی شرح سست ہو۔ تازہ سدادیت (embolism) کی سرگذشت بھی کیونیڈین کے استعمال میں مانع آتی ہے، کیونکہ اگر اذین میں ایک علقہ (thrombus) موجود ہے، تو اسوقت جبکہ اذین پھر طبعی طریقہ سے ضرب لگانا شروع کرے، ممکن ہے وہ آزاد ہوکر سدادیت پیدا کردے۔

اگر کیونیڈین سے علاج کرنے کا فیصلہ کرلیا گیا ہے تو ڈیجیٹالس موقوف کردیا جاتا ہے

اور دوسرے دن کیونیڈین سلفیٹ کے ۰.۲ گرام کی ایک ابتدائی خوراک بڑاہ دہن دی جاتی ہے، یہ دیکھنے کے لئے کہ اس دوا کے خلاف کوئی خاص مزاجی خصوصیت (idiosyncrasy) تو موجود نہیں ہے۔ پھر یہ جیلاتین کے کیپسول کے اندر ۰.۴ گرام کی خوراکوں میں دی جاتی ہے، پہلے تو دن میں ایکبار، پھر روزانہ دوبار، اور پھر دن بھر میں تین یا چار بار۔ نبض کی شرح اور اس کے نظم پر احتیاط کے ساتھ نظر رکھی جاتی ہے اور دوا کے اثر کی مزید توضیح برقی قلب نگارشوں کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔ بطینی شرح ابتداءً زیادہ ہوجاتی ہے لیکن اُذینی شرح کم ہوتی ہے۔ کبھی کبھی کیونیڈین سے شری (urticaria)، دردِ سر، دوران سر، اختلالاتِ بصارت، متلی، قے اور ارتفاعِ تپش پیدا ہوجاتے ہیں۔ اگر فشلِ قلب کے امارات ظاہر ہوں تو اس دوا کو یقیناً موقوف کردینا چاہیے۔ جب اذینی ریشکی انقباض رفع ہوجائے تو چند ہفتوں تک کیونیڈین کی تھوڑی تھوڑی خوراکیں (روزانہ ۰.۵ گرام) جاری رکھنا مناسب ہے۔ یہ مقدار بتدریج کم کرکے بالآخر اس دوا کو موقوف کرسکتے ہیں۔ نکس (relapse) کا ہونا شاذ نہیں اور اس کا علاج بھی اسی اصول پر کرنا چاہیے۔

قلب کا توازن طبعی ہوجانے پر مریضوں کو عموماً زیادہ آرام محسوس ہوتا ہے اور اسی وجہ سے کیونیڈین کو ڈیجیٹالس پر، جو ریشکی انقباض کو رفع نہیں کرتا، فوقیت حاصل ہے۔ دائمی اور نوبتی دونوں قسم کے اذینی ریشکی انقباض میں کیونیڈین دیجاسکتی ہے۔ درقی سمّی ریشکی انقباض (thyro-toxic fibrillation) کی اصابتوں پر کیونیڈین کا اچھا اثر اُسیوقت ہوتا ہے جبکہ بیش درقیت (hyper-thyroidism) کا معقول علاج کیا جاچکا ہو۔ کیونیڈین اور ڈیجیٹالس کو ساتھ ساتھ نہیں دینا چاہیے۔

نبض متبادل

(pulsus alternans)

قلب کی غیر طبعی ضرب کی اس قسم میں چھوٹے اور بڑے ضربات نظم کے ساتھ متبادل ہوتے ہیں، لیکن نبض دوتوامی (pulsus bigeminus) یا مزدوج ضربات کے برعکس (جس میں ایک چھوٹی ضرب کے بعد کا وقفہ اس سے بڑا ہوتا ہے کہ جتنا ایک بڑی ضرب کے بعد کا وقفہ) شروع سے آخر تک وقفے تقریباً ٹھیک طور پر یکساں ہوتے ہیں اگر

ایک چھوٹی اور بڑی ضربِ نبض کے درمیان کا فرق زیادہ نمایاں نہو تو ممکن ہے کہ وہ انگلی سے شناخت میں نہ آئے اور اس حالت کو بتلانے کے لئے نبض نگار (sphygmograph) کی ضرورت پڑے۔ اگر فرق نمایاں ہے، یعنے اگر متبادل کمزور ضربات نہایت چھوٹے ہیں، تو ممکن ہے کہ انہیں انگلی محسوس نہ کرے، اور ایسی نبض غیر معمولی طور پر سست سمجھ لی جائے، یعنے وہ دراصل جتنی ہے اس سے نصف سست۔ ضغط النبض پیما (sphygmomanometer) سے خون کا دباؤ لینے سے بھی یہ حالت پہچانی جا سکتی ہے۔ دباؤ کے ایک خاص درجہ پر کمزور ضربات غائب (eliminated) ہو جاتے ہیں اور کلائی کی نبض بظاہر اپنی اصلی شرح سے نصف کم ہو جاتی ہے۔ نبض متبادل کی تشخیص برقی قلبی نگارش (electro-cardiogram) کے ذریعہ چنداں آسانی کے ساتھ نہیں ہوتی۔ لیکن صفحہ 240 پر کی شکل ۱۳، تصویر ۳ میں وہ موجود ہے، جیسا کہ ل۔م ولت (R. S. excursion) کی متبادل تخفیف سے ظاہر ہوتا ہے۔

یہ غیر طبعی حالت یقیناً عضلۂ قلب کی ناقص انقباض پذیری (contractility) یا خستگی (exhaustion) کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ورزش سے بڑھ جاتی یا نمایاں ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عارضی ہو اور غائب ہو جائے۔ لیکن اگر مسلسل ہو تو اس سے یہ پتہ چلتا ہے کہ قوتِ انقباض پذیری (contractile power) کے نقص کا سبب مستقل یا دائمی (persistent) ہے، مثلاً عضلۂ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration)۔ تجربہ ظاہر کرتا ہے کہ اس کی شدید اصابتیں (pronounced cases) شاذ ہی دو سال سے زائد تک موجود رہتی ہیں، اور ناگہانی طور پر موت کا وقوع شاذ نہیں۔ انذار اسوقت اور بھی خراب تر ہوتا ہے جبکہ متبادل نبضِ بطی (slow pulse) کے ساتھ دیکھا جائے۔ اگر یہ حالت محض اسیوقت ظاہر ہو جبکہ قلب سرعت کے ساتھ ضرب لگاتا ہو تو انذار چنداں خراب نہیں ہوتا۔

علاج۔ قلب کی قوت کو محفوظ رکھنے کے لئے اُسے سکون و آرام دینا چاہئے۔ ڈیجیٹالس اُن اصابتوں میں مفید پایا گیا ہے جن میں نبض تیز ہو، بالخصوص جبکہ اُذیما بھی موجود ہو۔ اس کے استعمال سے نبض بطی ہو کر متبادل رفع ہو جاتا ہے۔

قلیل الوقوع فعل

(بُطءُ القلب = bradycardia)

اگرچہ نبض کُعبری اور قلب کا طبعی تواتر اکثر ستر فی منٹ سمجھا جاتا ہے، تاہم ساٹھ فی منٹ کی نبض بالکل عام ہے۔ بعض اشخاص میں پچاس کی نبض طبعی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ان بُطیُ النبض (slow pulsed) اشخاص میں آدھی رات کے سرد گھنٹوں میں یا علی الصباح نبض کی شرح گھٹ کر اڑتالیس ہوجائے۔ فاقہ کشی (starvation) اور قلتِ تغذیہ (under nutrition) میں بھی نبض کی شرح سست پائی جاتی ہے اور بلاشبہ نبض کی یہ سُستی تحوّل کی تخفیف کی وجہ سے ہے جو کہ واقع ہوجاتی ہے۔

اس حالت کے لئے امتحان کرتے وقت بلاشبہ قلب اور نبض کعبری دونوں کا مشاہدہ کرنا ضروری ہے، کیونکہ کئی حالتیں ایسی ہوتی ہیں جن میں ممکن قلب کی ضرب کلائی تک نہیں پہنچ سکتی، مثلاً نبضِ متبادل (pulsus alternans) یا نبض دو توامی (pulsus bigeminus)۔ اگر صرف نبض ہی دیکھی جائے تو بُطءُ القلب (bradycardia) کا شبہ ہوتا ہے، گو کہ قلب طبعی شرح سے ضرب لگا رہا ہوتا ہے۔

بُطءُ القلب کی بہت سی حالتیں عصب تائیہ کے ہیجان (vagal stimulation) کے باعث ہوسکتی ہیں، جو معکوس طور پر پیدا ہوسکتا ہے۔ چنانچہ وہ نبض بطی جو کہ ضغطۃ الدماغ (cerebral compression)، یرقان، انفلوئنزا اور دوسرے حاد امراض ساریہ کے بعد کی نقیہیت (convalescence) سے ظہور میں آتی ہے اسی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ یہی الفاظ پورے قلب کی سست رفتاری کے متعلق کہے جاسکتے ہیں کہ جس سے بے ہوشی کا وہ حملہ ہوجاتا ہے جس کا عام سبب جذبہ (emotion) یا دیر تک کھڑا رہنا ہے یا ممکن ہے کہ بے ہوشی کے وہ حملے پیدا ہوں جو اورطی مرض میں ہوتے ہیں۔

248

دورانِ تنفس میں قلب کا متبادلاً سُست اور تیز ہوجانا (جو فی عدم توازن (sinus arrhythmia) بھی عصب تائیہ کے فعل کے سبب سے ہے۔ نیز وہ کسی قدر غیر عام "ہیئتی بیتاعدگی" ("phasic irregularity") بھی جس میں تنفس کے تعلق کے بغیر

اور بلا کسی ظاہری سبب کے پورا قلب نوبی لمحہ پر سست پڑ جاتا ہے۔

ایک دوسری غیر عام حالت جو بُطؤ القلب (bradycardia) پیدا کر دیتی ہے جوفی اُذینی مسدودی (sino-auricular block) ہے، لیکن خود جوفی اذینی مسدودی کا عصبِ تائیہ کے ہیجان کے باعث ہونا ممکن ہے۔ طویل المدت بُطؤ القلب کا ایک خاصہ عام سبب اذینی بطینی مسدودی ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ یہ مسدودی کامل درجہ کی ہو۔

بطین کا ریشکی انقباض

(ventricular fibrillation)

برقی قلب نگار کی وساطت سے ریشکی انقباض کا وقوع بطین میں اسی طرح ہوتا دیکھا گیا ہے کہ جس طرح اذین میں۔

بالعموم یہ موت سے فوراً پہلے دیکھا جاتا ہے، گو یہ ضروری نہیں ہے کہ یہ موت کا سبب ہو۔ لیکن جانوروں میں، اور شاذ موقعوں پر انسان میں بھی، یہ کچھ عرصہ کے بعد موقوف ہو کر شفایابی واقع ہو گئی ہے۔ صعقہ (lightning stroke) میں موت کا سبب یہی معلوم ہوتا ہے، اور بعضوں کا یقین ہے کہ عدم میتیت کلوروفارم کی بعض مہلک وارداتوں کی توجیہ بھی اسی سے ہوتی ہے۔

قلب کی تعویض

مرض میں قلب بسا اوقات کسی قدر ازکار رفتگی کے تحت فعل کرتا ہے۔ جب قدرتی اعمال کے ذریعہ قلب کی طاقت بڑھ کر اس ازکار رفتگی پر غلبہ حاصل ہو جاتا ہے، تو قلب کو تعویض یافتہ کہا جاتا ہے۔ قلب کی طاقت اسطرح بڑھ سکتی ہے کہ عضلی دیواروں کی دبازت بڑھ جائے۔ اس کو بیش پرورش کہتے ہیں، جس کے ہمراہ ممکن ہے کہفوں کا اتساع پایا جائے یا ممکن ہے نہ پایا جائے۔

جب یہ ازکار رفتگی کہ جس کے تحت قلب فعل کرتا ہے ادنیٰ درجہ کی ہو، تو بیش پرورش اس حد تک واقع ہو جائے گی کہ قلب سے خواہ کوئی کام بھی انجام دینے کا

مطالبہ کیا جائے، اس کی معیبیت اتنی ہی موثر ہوگی جیسی کہ کسی طبعی شخص میں چنانچہ شدید ترین قسم کی عضلی ورزش کے بعد بھی مریض معمول سے زیادہ گسستہ نفس نہیں ہوتا ایسی از کار رفتگی کو مکمل طور پر تعویض یافتہ کہتے ہیں۔

اگر یہ از کار رفتگی بلند تر درجہ کی ہی ہو، تو مریض کو آرام کی حالت میں یا ہلکی ورزش کے دوران میں تو کوئی تکلیف نہیں ہوتی، لیکن جب ورزش شدید تر ہو تو وہ طبعی سے زیادہ گسستہ نفس ہو جاتا ہے، اور یہ گسستہ نفسی کچھ مدت تک قائم رہتی ہے۔ اس صورت میں گویا قلب ہلکی ورزش کے لئے تعویض یافتہ ہے، لیکن شدید تر ورزش کے لئے تعویض نایافتہ ہے۔ ایسی صورت کے لئے جزوی یا نامکمل تعویض کی اصطلاح کا استعمال کیا جا سکتا ہے۔

اس سے بھی شدید تر اصابتوں میں، جبکہ قلب کا فشل ہو رہا ہوتا ہے، مریض بستر پر آرام کی حالت میں پڑا ہوا بھی گسستہ نفسی اور دیگر علامات ظاہر کرتا ہے۔ اس صورت میں تعویض کا مکمل فشل ہو چکا ہے، اور قلب کے مختلف کوشک اس سے زیادہ تسع ہو چکے ہیں کہ جتنے وہ تعویض کے فشل سے قبل تھے۔

بیش پرورش

(hypertrophy)

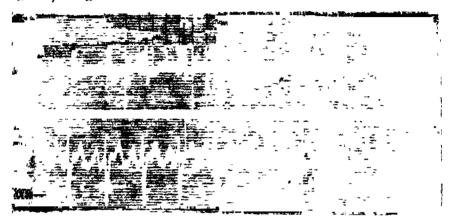
• قلب کی بیش پرورش، جسم کی قدرتی معیبیت ہے۔ جو کہ قلب پر پڑے ہوئے زائد کام کی وجہ سے ظہور میں آتی ہے، اور جو اُسی وقت تک واقع ہو سکتی ہے جب تک کہ خون کی ایک معقول رسد پہنچکر قلب کے تغذیہ کو بخوبی قائم رکھے۔ جب بطینوں کی بیش پرورش، متناظر کہفوں کے ازدیاد (اتساع) کے بغیر واقع ہو تو اسکو ہم مرکز بیش پرورش کہتے ہیں، اور اس امر کے پیش نظر کہ زائد کام قلب کی کس جانب پر پڑتا ہے، یہ چپ جانبی یا راست جانبی ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ دونوں جانبین مساوی طور پر متاثر ہوں۔ چپ جانبی بیش پرورش جب بائیں بطین کے اتساع کے بغیر ہو تو اس کے اسباب حسب ذیل ہیں۔ (۱) اورطی مصراعوں کا مرض، جبکہ اُس سے دہنہ کی تنگی واقع ہو۔ (۲) نہایت شاذ طور پر اورطی کی پیدائشی تنگی۔ (۳) بڑھا ہوا شریانی تناؤ۔ (۴) قلب کا مسلسل سریع فعل،

(ventricular compl. xes) "ایک دوسرے کی طرف رُخ کئے ہوئے ہیں" (شکل ۳۷)
جب جانبی غلبہ میں اس کے برعکس حالت ہوتی ہے اور" علانیات ایک دوسرے سے
رخ پھیرے ہوئے ہیں" (شکل ۳۸)۔ لیوس (Lewis) اور کاٹن (Cotton) نے بیس برس
کے اس طریقۂ تخمین کی صحت اس وقت ثابت کردی جب کہ اس نے موت کے بعد
قلب کی تقلیع احتیاط کے ساتھ کرکے دائیں بطین کو بائیں بطین سے علیحدہ کرنے کے بعد
دونوں کے وزنوں کا مقابلہ کیا۔ طبعی مثالوں میں بائیں بطین اور دائیں بطین کے درمیان
تناسب ۸ء۱ بمقابلہ ۱ تھا۔ نمایاں سطرانی تنگی (mitral stenosis) میں وہ ۲۵ء

شکل ۳۷۔ سطرانی ضیق (mitral stenosis) کے ایک مریض سے حاصل شدہ
راست جانبی غلبہ ۔ (جے۔ ایم۔ ایچ کیامبیل)۔

250 بمقابلہ ۱ تھا، جس سے دائیں بطین کا غلبہ ظاہر ہوتا ہے۔ اور طبی مرض میں آٹھ اصابتوں میں
چپ جانبی غلبہ تھا، اور سات اصابتوں میں دائیں جانب کی بیش پرورش بھی اُسی
نمایاں تھی جسقدر کہ بائیں جانب کی۔ رخنئی التہاب گردہ (interstitial nephritis)
کے ہمراہ پائی جانے والی بیش پرورش میں عموماً خفیف سا چپ جانبی غلبہ تھا، جسکی نسبت
اوسطاً ۲٫۰۷ بمقابلہ ۱ تھی۔

لاشعاعی امتحان سے ممکن ہے کہ ایک رو سے فعل کرتا ہوا بیش پرورد
بایاں بطین نظر آئے یا زیریں دائیں حصہ قلب پر ایک نبضان نظر آئے جو کہ ایک بیش پرورد

دائیں بطین کی طرف اشارہ کرتا ہے، لیکن قلبی سایہ کی جسامت اور شکل، بیش پرورش اور اتساع کے درمیان امتیاز کرنے کا موقعہ نہیں دیتی۔ اس قسم کے ذرائع سے دریافت ہوا ہے کہ قلب کی جسامت، بیٹھکر کام کرنے والوں کی نسبت پہلوانوں میں زیادہ ہوتی ہے" اور انڈرگریجوئیٹس (undergraduates) کے ایک گروہ میں یہ پایا گیا کہ

شکل ۳ - اورطی ضیق اور بازروی (aortic stenosis and regurgitation) کے ایک مریض سے حاصل شدہ چپ جانبی قلب۔

جب وہ باقاعدہ مشقت آمیز ورزش کے عادی ہو گئے تو اُن کے قلب کی جسامت بڑھ گئی جسامت کی یہ زیادتی غالباً بیش پرورش کے باعث تھی۔

اِتّساع

(dilatation)

بحث اسباب - اِتّساع کی اصطلاح کا اطلاق، قلب کے کہفوں کی جسامت کی زیادتی پر کیا جاتا ہے جو دوران انبساط (diastole) میں واقع ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ بعض امراضیاتی حالتوں میں بطین اپنے مافیہ پر کلی طور پر منقبض نہ ہو سکے، جسکا نتیجہ یہ ہو کہ کچھ پس ماندہ خون (residual blood) باقی رہ جائے، لیکن اِس کے متعلق انسان میں ہم کو یقینی طور پر کچھ بھی نہیں معلوم ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ "قلب ششی تجہیز

جیسا کہ جحوظی گھینگے (exophthalmic goitre) میں ہوتا ہے۔ (۵) انضمامات تامور
جو حرکات قلب میں مزاحم ہو کر قلب پر زائد کام کا بار ڈالدیتے ہیں۔

دائیں بطین کی بیش پرورش، ریوی دوران خون میں تسدد ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ تسدد: (۱) ریوی دہنہ پر واقع ہو سکتا ہے، بوجہ مصراعات کے پیدائشی شوہات (malformations)، دہنہ کی پیدائشی تضییق، ریوی مصراعوں کے اکتسابی مرض، یا شریان ریوی کے قاعدہ پر اورطی اَنورسما کے دباؤ کے۔ (۲) پھیپھڑوں میں واقع ہو سکتا ہے، بوجہ نفاخ، مزمن شعبی التہاب، تمدد الشعب (bronchiectasis)، اور گاہے بوجہ مزمن سل ریوی کے۔ اور (۳) قلب کے بائیں جانب کے اوّلی مرض کی وجہ سے واقع ہو سکتا ہے، جس سے بایاں اُذین اور ریوی دوران خون محتقن (engorged) ہو کر پھیپھڑوں میں خون کا دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔

اورطی بازروی اور دیگر بازرو ضررات میں، جیسا کہ بعد میں بیان کیا جائے گا، تعویض ہمیشہ اسطرح واقع ہوتی ہے کہ وہ کہفہ کہ جس میں اور جس سے خون بازرو ہوتا ہے اولی (تعویضی) طور پر متسع ہو جاتا ہے، اور بیش پرورش اتساع کے بعد ثانوی طور پر ہو جاتی ہے۔ اس کو منحرف المرکز (excentric) بیش پرورش کہتے ہیں، اور یہ اصطلاح اورطی بازروی میں بائیں بطین کے متعلق خاص طور پر استعمال کیجاتی ہے۔

اُذینوں کی بیش پرورش، شاذ و نادر ہی اتساع کے بغیر واقع ہوتی ہے لیکن مطرانی ضیق میں بائیں اذین میں بیش پرورش کا غلبہ ہوتا ہے۔ یہ اذینی بطینی مصراعوں کے تضییق یا عدم کفایت سے پیدا ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ اورطی بازروی (aortic regurgitation) ہی میں بیش پرورش سب سے اعلیٰ درجہ کی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ بطینی دیوار اپنی طبعی دبازت کی نسبت دگنی ہو جائے۔ ایسی صورتوں میں ہمیشہ بطین کا اتساع ساتھ ساتھ موجود ہوتا ہے، اور دوسرے کہفوں میں بھی تناسب تغیرات ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب کا وزن ۶۰۰ اور ۱۳۰۰ گرام کے درمیان کہیں نہ کہیں ہوتا ہے۔ ایسی مثالوں کو قلب الثور (cor bovinum) کہتے ہیں۔ دائیں بطین کی بیش پرورش میں اس کا راس اپنی حد سے تجاوز کر کے راس قلب میں متداخل ہوتا ہے، اور نمایاں امثالوں میں جب سامنے سے قلب کو

دیکھا جائے تو بایاں بطین بشکل نظر آتا ہے ۔ دایاں بطین دائیں جانب کی طرف بھی اس سے زیادہ آگے تک پھیل جاتا ہے کہ جہاں بہ معمولی طور پر ہوتا ہے۔

طبیعی امارات ۔راست وچپ جانبی بیش پرورش کے طبیعی امارات جو کہ عام طور پر مسلم ہیں بسا اوقات زیادہ اعتماد کے قابل نہیں ہوتے ۔ وہ حسب ذیل ہیں:۔
چپ جانبی بیش پرورش کی حالت میں صدمہ القلب (impulse) جاشی (heaving) ہوتا ہے اور ایک وسیع رقبہ پر محسوس ہو سکتا ہے۔ درحقیقت ممکن ہے کہ کلانی یافتہ قلب سینہ کو مستقلاً باہر کو ابھرا ہوا بنا دے ۔جب بائیں بطین کا تعویضی اتساع بھی موجود ہو تو صدمہ کا محل وقوع طبیعی حالت کی نسبت زیادہ نیچے کو اور باہر کی طرف ہٹا ہوتا ہے' اور پیش قلبی اصمیت (præcordial dulness) تناظر طور پر بائیں طرف کو بڑھی ہوتی ہے ۔ ہم مرکز بیش پرورش میں پیش قلبی اصمیت کی زیادتی خفیف ہوتی ہے یا بالکل نہیں ہوتی۔ ممکن ہے کہ کلانی یافتہ قلب پھیپھڑوں کے نفاخ سے بکلی چھپ جائے ۔مستقل طور پر زیادہ بڑھا ہوا خون کا دباؤ ہمیشہ یہ معنے رکھتا ہے کہ بایاں بطین بیش پروردہ (hypertrophied) ہے۔اسیطرح بیش پرورش ان دیگر اسباب کی موجودگی سے بھی مستنبط کی جا سکتی ہے جو کہ اوپر بیان کئے جا چکے ہیں ۔

دائیں بطین کی بیش پرورش کے امارات چپ جانبی بیش پرورش کے امارات سے مماثل ہوتے ہیں ۔ممکن ہے کہ ثمراسیف (epigastrium) پر ایک انکماشی صدمہ (systolic impulse) نظر آئے' بچوں اور دبلے پتلے افراد میں جب ہاتھ کو ثمراسیف میں اور بائیں ضلعی حاشیہ کے نیچے رکھکر اوپر کو گھسایا جاتا ہے تو دایاں بطین حقیقتاً اسکے پاس ضرب لگاتا ہوا محسوس ہوتا ہے ۔ممکن ہے کہ ضربۃ الراس (apex beat) بھی کسیقدر بائیں طرف کو منتقل ہو گئی ہو اور پیش قلبی اصمیت بڑھ گئی ہو۔

استماعی امارات پر غور ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 218)۔

دائیں اور بائیں بطین کی اضافی بیش پروردگی کے متعلق غالباً صحیح ترین معلومات برقی قلب نگار سے حاصل ہو سکتے ہیں (ملاحظہ ہوں اشکال ۴۷ اور ۴۸) ۔راست جانبی غلبہ میں م انصراف (S. deflection) پہلی تقوید (Lead I) میں' اور ل انصراف (R. deflection) تیسری تقوید میں بڑھ گئے ہیں' چنانچہ اشکال کے اندر بطینی علامیات

("heart lung preparation") میں یہ تجربہ واقع ہوجائے (Starling)۔

امراضیات ۔ اتساع کی دو قسمیں ہیں۔ (۱) اورطی اور مطرانی بازروی (aortic and mitral regurgitation) کا تعویضی اتساع (compensatory dilatation) ، جو اس وجہ سے ہوتا ہے کہ قلب کا وہ خاص کو شک خون کی طبعی مقدار کے علاوہ (جو اس پیشش سے آتی اور عام دوران خون میں آگے بھیجدی جاتی ہے) بازرفتہ خون کی فاضل مقدار کو بھی اپنے اندر جگہ دے دیتا ہے۔ یہ حالت اس امر کے متناقض نہیں ہے کہ عضلۂ قلب بالکل تندرست ہو۔ (۲) پھر وہ اتساع ہے، جو دباؤ کے باعث بطینی دیواروں کے ڈھیلا ہوجانے کی وجہ سے ہوتا ہے، جس کا فشل تعویض ایک لازمی نتیجہ ہے اور جس کے ساتھ اکثر عضلی قلبی مرض پایا جاتا ہے (جو ملاحظہ ہو) اسٹارلنگ (Starling) کے تجربات سے مترشح ہوتا ہے کہ اتساع کی یہ دوسری قسم بھی ایک تعویضی میکانیت ہوسکتی ہے، جو قلب کو زیادہ زور کے ساتھ ضرب لگانے کی قابلیت بخشتی ہے، کیونکہ قلب کے عضلی ریشہ کا ارتخا، (relaxation) جتنا زیادہ ہو، ضرب اتنا ہی زیادہ قوی ہوگی۔ اسے "قانونِ قلب" ("Law of the Heart") کہتے ہیں۔

قلب کا خفیف سا اتساع عضلی ورزش کے دوران میں طبعی طور پر بھی ہوتا ہے، اور اس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ ہر ضرب کے ساتھ خون کی برآمد زیادہ ہوجاتی ہے۔ لیکن لاشعاعی شہادت کی بناء پر یہ بالکل یقینی ہے کہ ورزش کے فوراً بعد قلب طبعی طور پر سکڑ جاتا ہے اور اس کی جسامت بہ نسبت اس کی سکونی جسامت کے کسیقدر چھوٹی ہوجاتی ہے۔ اسکے برعکس، یہ پایا گیا ہے کہ آغاز پذیر فشلِ قلب کی اصابتوں میں قلب عضلی ورزش کے بعد اتساع ظاہر کرتا ہے۔

مرضی تشریح ۔ قلب کی جسامت اور شکل پر جو اثرات پیدا ہوتے ہیں وہ کیفیۂ متعلقہ کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ عمومی اتساع میں قلب زیادہ گلوبچہ نما ہوکر عرضاً چوڑا ہوجاتا ہے۔ متسع بایاں بطین بائیں جانب کی طرف بڑھ جاتا ہے۔ جب دایاں بطین زیادہ متسع ہوتا ہے تو قلب کی مثلثی شکل جاتی رہتی ہے، وہ زیادہ گلوبچہ نما ہوجاتا ہے، اور راس تمامتر بائیں بطین سے بننے کے بجائے جزئً دائیں سے بھی بنتا ہے۔ دیواروں کی دبازت کا انحصار اس پر ہوگا کہ اتساع کے ساتھ بیش پرورش بھی موجود ہے یا نہیں۔

اِتساع کے ساتھ دیواروں کا پتلاپن موجود ہو تو بطینی دیواریں گھٹکر ½ انچ کے برابر، اور راس پر اِس سے بھی کم ہوسکتی ہیں، لہٰذا راس عموماً سب سے زیادہ پتلا حصہ ہوتا ہے۔ اذینی بطینی دہنے اِتساع میں شرکت کرتے ہیں، اور اکثر اِن کے مصراعوں کی عدم کفایت (incompetence) پیدا ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ اذینوں میں بھی بہت زیادہ اِتساع واقع ہوجائے، اور اِس کے ساتھ اکثر اذینی دیواروں کی کسیقدر بیش پرورش موجود ہوتی ہے۔

طبیعی امارات۔ قلب کی بڑھی ہوئی جسامت، [جیسی کہ پیش قلبی اصمیت (præcordial dulness) کی زیادتی سے یا لاشعاعوں سے پیدا شدہ قلبی چھائیں کی کلانی سے ظاہر ہوتی ہے] بیش پرورش، یا اِتساع، یا اِن دونوں کے امتزاج کے باعث ہوسکتی ہے، لیکن اغلب یہی ہے کہ اگر اِن طریقوں سے کوئی بہت بڑی کلانی مشاہدہ میں آئے تو وہ خاصکر اِتساع کے باعث ہوتی ہے۔ کوئی کلانی جو عظم القص سے دائیں جانب ہو اذینی اِتساع کے باعث ہوتی ہے، کیونکہ اُذینی دیوار، اگرچہ وہ بیش پرورد بھی ہو، تاہم بالکل پتلی ہوتی ہے۔ اور یہ تقریباً ہمیشہ دائیں اذین کا اِتساع ہوا کرتا ہے لیکن مطرانی مرض کی متعدد اصابتوں میں، جن میں بائیں اذین کی بے انتہا کلانی ہوتی ہے، بائیں اذین نے حقیقتاً قلب کا دایاں کنارا بنا دیا ہے (11)، کیونکہ بایاں اذین ہمیشہ دائیں طرف ہی کلانی یافتہ ہوتا ہے۔ بین الاضلاع فضاؤں میں قسیع اذین پر انگلیاں رکھکر اکثر ضرب قلب کو محسوس کرلینا ممکن ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بائیں اذین کا اتساع مری پر دباؤ ڈالکر عسر البلع (dysphagia) پیدا کردے، اور بائیں حجابی عصب (phrenic nerve) پر دباؤ ڈالکر بظاہر بائیں حجاب حاجز کا استرخا بھی پیدا کردے، جو راقم الحروف نے ایک مریض میں دیکھا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بائیں شش کے زیریں حصے کو یا بائیں شعبئہ کو دباکر پچکادے، یا بائیں حبل الصوت (vocal cord) کا شلل پیدا کردے۔ جب مریض لاشعاعی ٹیوب (اُنبوبہ) کی طرف منہ کرکے، اور اپنا دایاں شانہ مشاہد کی طرف رکھکر ترچھی وضع میں کھڑا ہو تو اُس کے بائیں اذین کا مشاہدہ لاشعاعی پردے پر کیا جاسکتا ہے۔ اگر بیریم (barium) سے مری کا خاکہ حاصل کیا جائے تو یہ اپنی جگہ سے ہٹی ہوئی نظر آئے گی۔

بُطینوں کا اتساع، پیش قلبی اصمیت (praecordial dulness) او لاشعاعی چھاوں کی زیادتی عظم القص (sternum) کے بائیں طرف پیدا کر دیتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں یہ چھاؤں سینہ کی بائیں دیوار تک پہنچ جاتی ہے اور صدمۂ قلب بغل میں محسوس کیا جا سکتا ہے، لیکن ممکن ہے یہ منتشر اور کمزور ہو۔ بائیں بطین کے اتساع کے ساتھ اکثر ایک انکماشی خریر (systolic murmur) موجود ہوتا ہے، جو مطرانی بازروی (mitral regurgitation) کے باعث ہوتا ہے، اسی طرح دائیں بطین کا اتساع اکثر مثلثی بازروی (tricuspid regurgitation) پیدا کر دیتا ہے۔ 252

تعویض (compensation) کا فشل

فشل تعویض، قلب کی دونوں جانبوں میں بیک وقت ہوتا ہے، یا راست جانبی یا چپ جانبی ہوتا ہے۔ آخر الذکر نسبتۃً حال ہی میں دریافت ہوا ہے۔

امراضیات ۔ تندرست موضوع پر لاشعاعی مشاہدات کرنے پر یہ ثابت ہوا ہے کہ شہیق کے ختم پر قلب اور پھیپھڑوں میں اس سے زیادہ خون ہوتا ہے کہ جتنا زفیر کے ختم پر، نیز یہ کہ مزمار بند کر کے زوردار شہیق کی کوشش کرنے پر قلب اور پھیپھڑے خون سے محتقن ہو جاتے ہیں [مُلر (Muller) کا تجربہ] حالانکہ مزمار بند کر کے زوردار زفیر کرنے پر یہ خون سے خالی ہو جاتے ہیں [والسلوا (Valsalva) کا تجربہ] جیسا صفحہ نمبر ۱۳ میں دکھایا گیا ہے۔ ان مشاہدات کی واحد توجیہہ یہ ہے کہ بائیں اور دائیں بطینوں کے درمیان ایک عارضی ناہم آہنگی واقع ہو جاتی ہے۔ طبعی حالات میں، ایک دی ہوئی مدت کے اندر، پھیپھڑوں میں دائیں بطین کی برآمد اور نظامی دوران خون میں بائیں بطین کی برآمد مساوی ہوتی ہیں، اور اگر یہ دونوں برآمدیں مساوی نہ ہوں تو پھیپھڑے خون سے محروم یا محتقن ہو جاتے ہیں۔ والسلوا کے تجربہ میں یہ خون سے محروم ہو جاتے ہیں اور اس کی وجہ یہ ہے کہ دائیں بطین کو پھیپھڑوں کے اندر ایک بلند مثبت دباؤ کے خلاف فعل کرنا پڑتا ہے اور بائیں بطین کے مقابلہ میں اس کا عارضی طور پر فشل ہو جاتا ہے۔ مُلر کے تجربہ میں دائیں بطین کو منفی دباؤ سے مدد ملتی ہے اور پھیپھڑوں میں اس سے زیادہ خون پمپ (pump) ہوتا ہے کہ جتنا بائیں بطین کے ذریعہ خارج

تحفہ ۱۳

الف ۔ سینہ طبعی شہیق کے ختم پر ۔ (والسلوا کا تجربہ) سانس کو روک کر تسدد کے خلاف زور دار زفیر کرنے کی انتہائی کوشش کی جاتی ہے نبض کلائی پر محسوس نہیں کی جا سکتی تھی ۔ لیکن پردہ پر سایہ ڈالنے پر قلب خفیف حرکات کرتا ہوا دکھائی دیا ۔

ب ۔ سینہ طبعی شہیق کے ختم پر ۔ سانس کو روک تسدد کے خلاف شہیق کرنے کی انتہائی کوشش کی جاتی ہے ۔ (جی ۔ پی کروڈن G. P. Crowden کا مشاہدہ جو مجلہ شفاخانہ گائی سے طبع کیا گیا)

ہوسکتا ہے۔ یہ احتقان اضافی چپ جانبی فشل ظاہر کرتا ہے۔

عضلی قلبی انحطاط کے ایک مریض پر ایک مسدود دوری تنفسی آلہ کے ذریعہ مشاہدات کرنے سے یہ ثابت ہوا ہے کہ قلب اور ریوی دَور کا ایسا احتقان، جو کہ حاد چپ جانبی فشل کا نتیجہ تھا، عضلی محنت کی اثناء میں پیدا ہوا اور آرام کے پہلے ایک دو منٹ کے اندر غائب ہوگیا، اور اس صورت حالات کو آکسیجن کے ذریعہ تسکین ہوئی (10)۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ اس نوعیت کا حاد چپ جانبی فشل بمقابلتہً بہت عام ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر تائہی فعل (vagal action) کے ذریعہ معکوس طور پر شعبنوں کا تشنج واقع ہوتا ہے، اور انتہائی اصابتوں میں، جبکہ امتلا کے بعد اُذیما واقع ہوجاتا ہے، چھوٹے چھوٹے شہیقی ہانپوں (gasps) سے منقطع ہونے والا اطالت پذیر گھنگرو دار زفیر واقع ہوتا ہے۔ یہ ایک محافظ میکانیہ ہے کیونکہ اطالت پذیر زفیر، پھیپھڑوں کے اندر دباؤ کو زیادہ کردیتا ہے اور اسطرح بیش فعال دائیں بطین کو روکتا ہے، نیز درون ریوی دباؤ کی تخفیف کا نہایت ہی خطرناک عرصہ ممکنہ حد تک چھوٹا ہوجاتا ہے۔

مرضی تشریح ۔ چپ جانبی فشل میں پھیپھڑے متاثر ہوتے ہیں۔ ابتدائی درجوں میں محض پھیپھڑے کے وریدی اصلیات (venous radicles) کی زائد از معمولی پُری (fulness) ہوتی ہے۔ مزید برآں اکثر ہوائی حویصلات اور دقیق شعبی اُنبوبات کے اندر مصل کا عبر ارتشاح (transudation) ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شش کو تراشنے پر اُس سے زردی مائل یا تقریباً بے رنگ جھاگدار مائع کی ایک مقدار نکلتی ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں شش کے ماؤف ترین حصے ٹھوس، لوچدار، بے ہوا، خون زاد لون کی موجودگی کی وجہ سے رنگ میں بھورے، اور یکساں طور پر چکنے ہوجاتے ہیں۔ اِس حالت کو قلبی شُش (heart-lung) یا بھورا تصلّب (brown induration) کہا جاتا ہے۔ بھورا تصلّب اور معمولی اُذیما دونوں بالخصوص زیریں لختوں کے قاعدوں کو ماؤف کرتے ہیں۔ دورانِ خون میں مقامی مداخلت ہونے کی وجہ سے اکثر پلیورائی کہفہ کے اندر سیّال کا کسیقدر عبر ارتشاح (استسقائے صدر - hydrothorax) واقع ہوجاتا ہے، اور شعبی التہاب، ذات الریہ، یا ذات الجنب کی شکل میں شش کے التہابی ضررات کا میلان پیدا ہوجاتا ہے۔ اِن اثرات میں کوئی اثر ایسا نہیں جو کہ لازماً

دو جانبی ہو - ارتشاحات اکثر اس جانب کو متاثر کرنے کا رجحان رکھتے ہیں کہ جدھر مریض لیٹتا ہے -

راست جانبی فشل میں زیر جلدی بافتوں کا عمومی اُذیما ہوتا ہے، جو کہ استسقائے کلی کہلاتا ہے - افقی وضع میں متلی شدہ اور استسقائی رقبہ دھڑ میں شروع ہوتا ہے اور خون کے حجم کے ازدیاد کے ساتھ ساتھ کُلی طور پر پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے - استسقائے زرقی اور باریطونی استسقاء بھی موجود ہوتے ہیں - ایستادہ وضع پر دھڑ کی وریدیں، جاذبہ کے اثر کے تحت، مجتمع خون سے کسی حد تک خالی ہو جاتی ہیں جو کہ ٹانگوں کے صرف سے واقع ہوتا ہے، چنانچہ ٹانگیں متلی رقبہ کا جزو بن جاتی ہیں، اور ٹخنے بڑھی ہوئی برآمد کی وجہ سے پھول جاتے ہیں - سر اور بالائی حصے، بڑھے ہوئے لمفی انجذاب کی وجہ سے سکڑ جاتے ہیں - اسی طرح اگر سر اور بازو نیچے کو لٹکے ہوئے ہوں تو یہ حصے متورم ہو جاتے ہیں اور ٹانگیں سکڑ جاتی ہیں - ایک نہایت ہی ترقی یافتہ اصابت میں متلی شدہ رقبہ اوپر ٹانگوں میں پھیل جاتا ہے، اور اس طرح دونوں ٹانگیں ساری کی ساری، اور دیوار شکم بے حد متورم ہو جاتے ہیں - حقیقت یہ ہے کہ تقریباً تمام جسم کی وریدیں اسطرح متاثر ہو سکتی ہیں - ایسا معلوم ہوتا ہے کہ جسم یہ طریقہ اس لئے استعمال کرتا ہے کہ وہ اپنے عروق کو کثرت الدم (plethora) سے محفوظ رکھنے کے لئے فاضل سیال کو ذخیرہ رکھے، کیونکہ گردے اپنی امتلائی حالت کی وجہ سے اس کو خارج نہیں کر سکتے (54) -

کبدی وریدیں تحتانی ورید اجوف کے اندر دائیں اذین سے اسقدر قریب واقع ہوتی ہیں کہ مرضِ قلب کا اثر جگر کے دورانِ خون پر بآسانی سمجھ میں آسکتا ہے - جگر بہت بڑا ہو جاتا ہے، اور رنگ میں نسبتہً زیادہ سیاہ ہوتا ہے، اور ترقی یافتہ اصابتوں میں سرخ، زرد، اور سپید دھبوں کا ایک عجیب منظر اختیار کر لیتا ہے، جس پر جوزی جگر (nutmeg liver) کے نام کا اطلاق کیا گیا ہے - تراشنے پر ہر لختک میں ایک بڑھی ہوئی کبدی ورید کی بیخک (rootlet) جاگزیں نظر آتی ہے، جو عرضاً کٹ گئی ہے، اور لختک کا متصلہ مرکزی منطقہ سیاہ سرخ یا ارغوانی ہوتا ہے - اس سے باہر ایک زرد رنگ کا منطقہ ہے جو اُس کے اندر صفراء محبوس ہونے کی وجہ سے

ایسا ہے۔ لیکن لنگ کا بیرونی منطقہ سپید یا رمادی رنگ کا ہے، جو خوردبین کے نیچے ایسے خلیوں پر مشتمل نظر آتا ہے جو ترقی یافتہ شحمی انحطاط کی حالت میں ہیں۔

گردے۔ یہ ممتلی ہوتے ہیں، اور اسی وجہ سے نسبتہً بڑے اور سیاہ رنگ کے۔ لیکن ممکن ہے کہ طویل المدت امتلاء کی وجہ سے لیفی بافت کی کچھ مقدار نمو یاب ہو جائے، اور وہ اپنی بیقاعدہ توزیع اور انقباض سے سطح کی ذراتی حالت پیدا کر دے۔

طحال سخت اور معمول سے زائد سیاہ ہو جاتی ہے، اور اگرچہ اس کی جسامت مختلف ہوتی ہے لیکن اکثر وہ چھوٹی ہوتی ہے۔ معدے اور آنت کا امتلاء، طحال کے امتلاء کی طرح، بلا شبہ جگر کے امتلا سے ثانوی طور پر ہوتا ہے، کیونکہ ان احشاء سے ماخوذ وریدیں خود کو بابی ورید (portal vein) کے اندر خالی کرتی ہیں۔ غشائے مخاطی ممتلی ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ موت کے بعد عروق کا بڑا تمدد، اور بعض اوقات غشائے مخاطی کے جرم کے اندر نزفات نظر آئیں۔

عضلۂ قلب کے امراض

التہابِ عضلۂ قلب

(myocarditis)

التہابِ عضلۂ قلب یا تو حاد ہو سکتا ہے یا مزمن۔ مزمن التہاب عضلۂ قلب (chronic myocarditis) محض لیفی تغیر کے آخری درجہ میں شناخت ہو سکتا ہے، اور اس کا ذکر لیفی انحطاط کے بیان میں شامل ہے (ملاحظہ ہو اگلا صفحہ)۔

حاد التہابِ عضلۂ قلب (acute myocarditis) بیشتر حمی روماتزمی کے جزو کے طور پر التہابِ تامور (pericarditis) یا التہابِ دروں قلب (endocarditis) کے تعلق میں واقع ہوتا ہے، اور بعد میں بیان کیا جائے گا۔ لیکن عضلۂ قلب کسی بھی حاد بخار میں ماؤف ہو سکتا ہے، اور خناق وبائی (ملاحظہ ہو) میں علامات سب سے زیادہ ممیز

ہوتے ہیں۔ عضلۂ قلب کا ایک زیادہ مقامی التہاب کلیلی علقیت اور خبیث التہاب دروں قلب (malignant endocarditis) سے پیدا ہوجاتا ہے، جس میں ایک مصراع کا تقرح اُس کے قاعدے تک پھیلکر پھر عضلہ پر حملہ آور ہوجاتا ہے۔ یا جس میں نابتات یعنے روئیدگیاں (vegetations) یا نیم جُدا شدہ ریزے فرک یا تماس کے ذریعہ دل قلب کے متصل حصّوں میں تقرح پیدا کردیتے ہیں، اور یہ عضلۂ قلب کو ماؤف کردیتا ہے۔

ایک تیسری قسم تقیحی التہابِ عضلۂ قلب (suppurative moyocarditis) ہے، جو غالباً تقیح الدم کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جرم قلب میں چھوٹے چھوٹے پھوڑے ہوجاتے ہیں، جو زیادہ تر بائیں بطین کی دیوار میں ہوا کرتے ہیں، اور یہ تامور سے اسقدر قریب پہنچ سکتے ہیں کہ اُس کے کہفہ کے اندر پھوٹ کر حاد التہاب تامور پیدا کرسکتے ہیں۔ اس قسم کا التہاب عضلۂ قلب اکثر حاد التہاب نسب عظم (acute osteomyelitis) کے بعد ثانوی طور پر ہوا کرتا ہے اور اس کا علاج وہی ہوتا ہے جو کہ اولی مرض کا ہے۔ لیکن انذار تقریباً ہمیشہ یاس انگیز ہوتا ہے۔

انحطاط عضلۂ قلب

انحطاطِ لونی (pigmentary degeneration) - (بھورا ذبول قلب = brown atrophy of the heart) - قلب معمول کی نسبت چھوٹا ہوتا ہے، اور اُس کے عضلی ریشے بجائے کال سُرخ رنگ کے ہونے کے دُھندلا بھورا سا سُرخ رنگ رکھتے ہیں، اور قدرتی حالت کے مقابلہ میں زیادہ نرم اور زیادہ خستہ (friable) ہوتے ہیں۔ خُردبین کے نیچے ریشکوں (fibrillæ) کے اندر متعدد باریک زرد ذرّات نظر آتے ہیں۔ انحطاطِ لونی شیخوخی (senile) اور ضعفی (cachectic) حالتوں میں واقع ہوتا ہے، اور دوسرے اعضا کے مرضِ خبیث کی مہلک اصابتوں میں عام ہے۔ 254

شحمی انحطاط (fatty degeneration) عضلی ریشوں کے اس تغیر کی تفریق چربی کے اُس جماؤ سے کرنی چاہئے جو قلب کے گرد ہوجاتا ہے۔ آخرالذکر حالت میں تامور کے نیچے معمولی شحمی بافت کا جماؤ ہوجاتا ہے، اور یہ عضلی ریشوں پر اسوجہ سے حملہ آور ہوتی ہے کہ اِن ریشوں کے درمیان کی توصیلی بافت کے خلیے چربی سے

لمبے ہوئے ہوجاتے ہیں۔ اول الذکر حالت یعنے حقیقی شحمی انحطاط میں عضلی ریشک خورد دقیق شحمی ذرّات کا مسکن ہوجاتے ہیں، جو حقیقی لحمی عناصر (sarcous elements) کی جگہ لے لیتے اور عضلہ کی اتنی ہی انقباض پذیر بافت کو تلف کردیتے ہیں۔ یہ حقیقی شحمی انحطاط مختلف شکلوں میں واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ عضلی دیوار یکساں طور پر ماؤف ہوجائے، یا شحمی تغیرات ایک چھوٹی ٹکلی تک محدود ہوں یا اس تہ تک جو تامور کے نیچے واقع ہے، جیسا کہ التہاب عضلۂ قلب (myocarditis) میں بیان کیا گیا ہے یا یہ انحطاط قلب کی اندرونی سطح پر دھاریوں اور خطوط کی صورت میں ہو۔ جب یہ عارضہ عمومی ہوتا ہے تو قلب کا قوام نسبتہً زیادہ نرم ہوجاتا ہے وہ زیادہ آسانی کے ساتھ دریدہ (lacerated) ہوجاتا ہے، اس کا رنگ پھیکا گلابی یا زرد ہوتا ہے، اور ماؤف شدہ عضلی بافت کے ڈھیلا پڑجانے کی وجہ سے وہ معمول کی نسبت کسیقدر زیادہ بڑا ہوجاتا ہے۔ جب چربی خطوط یا دھاریوں کی صورت میں جمتی ہے تو اس سے ایک ممیز شکل پیدا ہوجاتی ہے، اور پھیکے زرد رنگ کے خطوط نسبتہً زیادہ سیاہ سُرخ عضلہ پر اکثر ایک چت کبری بلّی کے نشانات کی طرح مرتب ہوتے ہیں۔ یہ زیادہ تر عضلات حلیمیہ (musculi papillares) پر، دونوں بطینوں کی پچھلی دیواروں پر، اور دائیں بطین میں فاصل پر دیکھے جاتے ہیں۔ شحمی انحطاط بیش پرورده قلوب پر عام ہوتا ہے، اور اُسوقت بھی موجود ہوسکتا ہے جبکہ عضلہ طبعی رنگ کا ہو۔

بحث اسباب۔ قلب کے شحمی انحطاط کے اسباب عمومی اور مقامی ہوتے ہیں۔ ممکن ہے یہ انحطاط کے ایک ایسے عام رجحان کا نتیجہ ہو، جیسا کہ زیادہ عمر میں واقع ہوا کرتا ہے، اور اس کے ساتھ اتھیروما (atheroma) یا آتشکی تغیرات کے باعث اکلیلی شرائین (coronary arteries) کا تسدد ہوتا ہے، جس سے دیوارِ قلب کا تغذیہ کم ہوجاتا ہے۔ اس کے برعکس شحمی انحطاط متلف عدم دمویت (pernicious anæmia) میں ہمیشہ، اور عدم دمویت کی دوسری قسموں میں اکثر، پرپورا (purpura) اور اسکروی (scurvy) میں، اور ضعفی حالتوں، جیسے کہ سل ریوی اور سرطان میں دیکھا جاتا ہے، نیز فاسفورس، اور بعض معدنی اشیاء (سیسہ، سُرمہ، سنکھیا) کے تسمم میں اور مزمن الکلیت میں۔ بیشتر حاد حموی امراض میں، عضلی ریشوں کی

ایک دقیق ذراتی حالت کی وجہ سے، قلب کا قوام متبدل ہو جاتا ہے، اور یہ حالت غالباً شحمی انحطاط سے جداگانہ نہیں۔ تپ معویہ اور ٹائفس (typhus) میں، زردبخار، خناق وبائی، چیچک اور کسرا میں یہی حالت ہوتی ہے۔ شحمی انحطاط التہاب عضلۂ قلب (myocorditis) سے بھی پیدا ہو جاتا ہے، اور طویل المدت مصراعی مرض اور گردے کے مرض کے تعلق میں دیکھا جاتا ہے۔

قلب کی شحمی بیش بالیدگی یا دررفتگی، سابق میں یہ ایک جداگانہ مرض کے طور پر بیان کی جاتی تھی۔ اس میں نہ صرف قلب کا بیرون شحم سے لدا ہوا ہوتا ہے، بلکہ شحمی دھاریاں عضلی دیواروں کے اندر گھسی ہوئی نظر آتی ہیں۔ یہ فربہی کی امتیازی خصوصیت ہے اور اسی عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے۔

لیفی انحطاط (fibroid degeneration)۔ انحطاط کی اس قسم میں قلب کی جگہ سپید لیفی یا توصیلی بافت لے لیتی ہے۔ بیشتر مثالوں میں یہ تغیر جزئی ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلی جرم کی گہرائی میں سپید، زردی مائل سپید، یا بھورے رنگ کی دھاریاں اور چکتیاں نظر آتی ہیں۔ یہ بطین کے زیریں ایک ثلث، فاصل کے زیریں ایک ثلث، عضلاتِ حلیمیہ اور بعض اوقات مرضی مصراعات کے قاعدوں کو ماؤف کرتا ہے۔ صرف کبھی کبھی ایسا ہوتا ہے کہ بطین تقریباً تمامتر لیفی ساخت میں مُبتدل ہو جاتا ہے، لیکن ایسی صورت میں بھی خُردبینی امتحان کرنے پر عضلی ریشہ کے کچھ آثار نظر آجاتے ہیں۔ لیفی مرض میں مبتلا شدہ قلب عموماً بیش پروردہ ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ متسع بھی ہو، یا منقسم تامور (adherent pericardium) رکھتا ہو۔ دیوار قلب کا ماؤف شدہ حصہ اکثر معمول سے زیادہ پتلا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ وہ باہر کو اُبھر کر ایسا نکلا ہوا ہو کہ ایک نمایاں انورسما بنا دے۔

بحث اسباب۔ لیفی انحطاط اکثر روماتزمی التہاب عضلۂ قلب (rheumatic myocarditis) کا نتیجہ ہوتا ہے، اور زیادہ نمایاں اصابتوں میں اس کے ساتھ تاموری (pericardial) یا دروں قلبی (endocardial) ضرر است کی موجودگی بعض اوقات اُس کے التہابی مبدا کو ظاہر کر دیگی (مزمن التہاب عضلۂ قلب = chronic myocarditis، رخنکی التہاب عضلۂ قلب = interstitial

myocarditis)۔اس کے برعکس تلیّف قلب(fibrosis of the heart) اکثر اکلیلی
255
شرائین کی مسدودی کے بھی باعث ہوتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ شحمی انحطاط کے ساتھ متلازم
ہو۔ان حالات میں خون کی رسد فاعلی عضلہ کے تغذیہ کے لئے ناکافی ہوتی ہے آخرالذکر
عضلہ مذبول ہوکر اُس کی جگہ شحمی یا لیفی بافت لے لیتی ہے۔ اگر اکلیلی شرائین کی مسدودی
خاصی تیزی کے ساتھ واقع ہوجاتی ہے تو شحمی انحطاط پیدا ہوجاتا ہے لیکن اگر مسدودی
زیادہ مزمن ہو تو لیفی تغیر کا غلبہ ہوتا ہے۔ قلب میں تلیف اکلیلی علقیت یا افعام
(infarct) کا ایک ثانوی نتیجہ بھی ہوسکتا ہے۔ نیز وہ عموماً مزمن شعبی التہاب نفاخ
(chronic bronchitis) مرض برائیٹ، اور شریانی صلابت (arterio-sclerosis)
کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ یعنی انحطاط الکحلیت یا طویل المدت امتلاء (congestion)
کی وجہ سے ہوسکتا ہے۔

آتشک۔ اس مرض کے ضررات التہاب شریانی (arteritis) یعنی ندبات
(آتشکی التہاب عضلۂ قلب=syphilitic myocarditis)، یعنی تودوں، یا
واقع صمغیہ (gumma) کے طور پر واقع ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ صمغیہ جُبنی (cheesy)
ہو، اور یہاں تک ممکن ہے کہ مرکز میں نرم ہورہا ہو، اور قلب کے عضلی جرم کو اسی طرح
ماؤف کرے جس طرح کہ ارادی عضلات کو اور آس پاس کسی قدر التہاب پیدا کرے۔
صمغیہ (gumma) عموماً بطینوں کی دیواروں میں واقع ہوتا ہے۔ ماسوائے اُن علامات
کے جو عضلۂ قلب کے انحطاط کے عنوان کے تحت بیان ہوچکے ہیں، وہ اور کوئی ممیز
علامات نہیں پیدا کرتا۔ بعض اوقات اذینی بطینی بنڈل (A. V.-bundle) ماؤف
ہوکر علائمیہ ایڈم اسٹوکس (Adams-Stokes' syndrome) پیدا کردیتا ہے۔

تدرن (tubercle)۔ التہاب تامور کے تعلق میں درنوں کا بننا شاذ نہیں۔
جب ایسا ہوتا ہے تو وہ سپیدی مائل رمادی، یا زردی مائل اریکات (granulations)
کے طور پر، بیشتر تاموری کہفہ کی تہوں کو جوڑنے والے تاموری لمف یا غشائے کاذب
کے جرم میں، یا بعض اوقات حقیقتہً حشائی تامور (visceral pericardium) کی
تہ کے نیچے پائے جاتے ہیں۔ وہ عمومی تدرن کے دوران میں واقع ہوسکتے ہیں، اور ممکن
ہے کہ دوسری جگہ ترقی یافتہ ثانوی تدرن موجود ہو۔ ان حالات میں تشخیص صرف التہاب تامور

پیدا ہو جانے سے ہو سکتی ہے، لیکن یہ یاد رکھنا چاہیے کہ اس کے علاوہ ایک التہاب تاب، مور جو تدرنی نہیں ہوتا، سل ریوی کے دوران میں پیدا ہو سکتا ہے۔ ذرنہ کے جدا جدا جماؤ (isolated deposits) نہایت شاذ ہیں۔

انحطاطِ عضلۂ قلب کے علامات ۔ ابتدائی اصابتوں میں مریض محنت پر سانس کے پھول جانے کی شکایت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ پیش قلبی درد موجود ہو، جو ورزش کے بعد معلوم ہو، یا واضح ذبحی حملے (anginal attacks) ہوں۔ ممکن ہے کہ مریض دماغی حملوں (cerebral attacks) میں مبتلا ہو جائیں، جن کے ساتھ بے ہوشی اور تشنجات ہوں لیکن یہ حملے غالباً قلبی میکانیت کی کسی ایسی غیر طبعی حالت کے باعث ہوتے ہیں، جیسے کہ قلبی مسدودی (heart-block)، یا عصب تائیہ کا ہیجان (vagal stimulation)۔ اشتہا ہمیشہ کم ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ مریض سوءِ ہضم کی شکایت کرے۔ بعض اوقات صرف انھیں علامات کی شکایت ہوتی ہے، اور دریافت کرنے پر محنت کرنے پر سانس پھولنے کی سرگذشت سے پتہ چلتا ہے کہ معدی علامات کا اوّلی سبب قلب ہے۔

طبیعی امارات جو عضلۂ قلب کے انحطاط سے منسوب کیے جاتے ہیں یہ ہیں:۔

کمزور صدم القلب، جس کے ساتھ قلب کی پہلی آواز دھیمی ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ اورطی رقبہ پر دوسری آواز کی شدت کے برابر یا اس کی نسبت کم ہو جائے۔ شدتِ آواز کی اس کمی کی وجہ سے مسماع الصدر کے ذریعہ امتحان کرنے پر آوازیں ٹک ٹک نوعیت کی (tic-tac character) ہو جاتی ہیں اور ان کی یہ نوعیت انبساطی وقفہ کے اضافی قصر سے اور بھی زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے کیونکہ وہ آوازوں کو زیادہ مساوی الفصل (more evenly spaced) بنا دیتا ہے۔ قلب متسع پایا جاتا ہے۔

حال ہی میں عضلۂ قلب کے تغیرات ظاہر کرنے والے مریضوں کے ایک گروہ میں علامات (symptomatology) کا نہایت غور و فکر کے ساتھ مطالعہ کیا گیا ہے (12)۔ یہ اصابتیں نہایت عام طور پر پائی جاتی ہیں۔ مریض زیادہ عمر والے ہوتے ہیں۔ انھیں سانس پھولنے کی شکایت ہوتی ہے، جو ابتداءً محنت کرنے پر پیدا ہوتی ہے لیکن بعد میں وہ کم و بیش مستقل طور پر بُہور (dyspnœic) ہو جاتے ہیں۔ بعض مریضوں میں چین اسٹوکس کا تنفس (Cheyne-Stokes breathing) ہوتا ہے، اور بعض دوسرے

مریضوں میں بے انتہا گسستہ نفسی کے ناگہانی حملے ہوجاتے ہیں، جو خاص کر رات کے وقت ہوتے ہیں، اور جو ایک اصطلاح قلبی دمہ (cardiac asthma) کے نام سے بیان کئے جاسکتے ہیں۔ دوری بُہر کے یہ حملے بسا اوقات ایک کسیقدر بے قاعدہ چین اسٹوکس تنفس کی بُہری ہیئت ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ انتصابی تنفس (orthopnœa) موجود ہو یا نہو۔ زراق ممتاز طور پر غیر موجود ہوتا ہے، اور اگر موجود ہو بھی تو اُس کی مقدار اتنی نہیں ہوتی کہ جو بُہر کی توجیہ کے لئے کافی سمجھی جائے۔ قلب کی شرح عموماً زیادہ ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ ضرب کی میکانیت طبعی ہو، لیکن عام بیقاعدگیاں، جیسی کہ وہ جو قلبی مسدودی، اذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation)، متبادل انکماشات، اور تبادل (alternation) کی وجہ سے ہوتی ہیں، موجود ہوسکتی ہیں۔ قلب جسامت میں زیادہ ہوجاتا ہے۔ خریرات (murmurs) موجود ہوسکتے ہیں۔ جسمانی تپش درجۂ طبعی سے نیچے (subnormal) ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ فشل قلب کے ترقی یافتہ امارات جیسے کہ استسقائے کلی (anasarca)، پھیپھڑوں اور جگر کا امتلاء، موجود ہوسکتے ہیں۔ خون میں یوریا (urea) کا کسیقدر احتباس (retention) ہوتا ہے، لیکن اُس کی قدریں (values) انتہائی نہیں ہوتیں، یعنے زیادہ سے زیادہ ۱ء۰ فیصدی اور عموماً ۵ء۰۰ فیصدی (طبعی قدر ۰۳ء۰ ہوتی ہے)۔ آلبیومین بولیت معہ سانچک (casts) کے موجود ہوسکتی ہے، اور تاوقتیکہ وریدی رکود (venous stasis) کے امارات موجود نہوں، قارورہ حجم میں زیادہ ہوجاتا ہے۔ امتحان بعد الممات ظاہر کرتا ہے کہ قلب کی ترقی یافتہ اکلیلی صلابت (coronary sclerosis) موجود ہے، اور ممکن ہے کہ شحمی انحطاط بھی موجود ہو۔ گردے عروق کی دبازت اور کسیقدر تلیف (fibrosis) ظاہر کرتے ہیں، جو اکثر ایک چکتی دار نوعیت کا ہوتا ہے۔ گوئیکیں (glomeruli) اکثر ممتلی اور بعض زجاجی ہوتی ہیں، لیکن گوئیکوں کا وسیع انطماس نہیں ہوتا جیسا کہ مزمن زخمی التہاب گردہ میں اسوقت ہوتا ہے جبکہ مریض تسمم بولی (uræmia) سے مرگیا ہو۔ بعض اوقات اِن مریضوں کو قلبی کلوی اصابتوں (cardio-renal cases) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے، لیکن یہ صاف معلوم ہوتا ہے کہ اگرچہ گردے ہمیشہ کچھ تغیرات ظاہر کرتے ہیں، اور شیخوخی شریانی صلابتی گردے (senile arteriosclerotic kidneys) کہلاتے

256

ہیں، تاہم یہ مرض کا اہم سبب نہیں ہوتے۔ اعتباس یوریا ۲۰۰ یا ۳۰۰ فیصدی کے کامل قسم ہولی عدد تک کبھی نہیں پہنچتا۔ لہذا ان کو یہی کہنا بہترین ہے کہ یہ انحطاط عضلۂ قلب کی اساسی تبدیلی ہیں جو کہ قلبی دمہ یا دوری بہر پیدا کرتی ہیں۔

بیشتر مثالوں میں شریانی خون کے اندر CO_2 زیادہ ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ شریانی خون کا آکسیجنی مانیہ کم ہو جائے۔ اسی واسطے یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ بُہر، جو ممکن ہے کہ انتہائی درجہ کا ہو، شعبی تشنج سے پیدا ہو جاتا ہے (14)۔ اس رائے کی بنا پر اس قسم کی اصابت کے لئے دمہ (asthma) کی اصطلاح استعمال کی جا سکتی ہے۔ لیکن خالص قلبی بُہر، مثلاً مطرانی ضیق (mitral stenosis) میں زیادتیٔ تنفس کی وجہ سے CO_2 کم ہو جاتی ہے (41)، اگرچہ بعض اصابتوں میں CO_2 قدرے بڑھی ہوئی اور آکسیجن گھٹی ہوئی ہوتی ہے اور اس کی وجہ ریوی امتلا ہے جو کہ پھیپھڑوں میں گیسوں کے باہمی تبادلہ میں مزاحم ہوتا ہے۔ حالیہ تجربی شہادت ظاہر کرتی ہے کہ دورہ، کم از کم بعض اصابتوں میں اس وجہ سے ہوتا ہے کہ بائیں بطین کے اضافی فشل سے ریوی امتلا اور تہیج واقع ہو جاتا ہے (13)۔

علاج پر صفحہ 276 پر غور کیا گیا ہے۔

انشقاقِ قلب

(rupture of the heart)

یہ تضرر کے علاوہ زیادہ تر شحمی انحطاط یا لیفی تغیرات کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اکلیلی علقیت (coronary thrombosis) جو کہ عضلۂ قلب میں نزف کا باعث ہو کر قلب کی دیوار کا کچھ حصہ تلف کر دیتی ہے موجود ہو۔ اصابتوں کے ایک نہایت قلیل تناسب میں ایک پھوڑا، خبیث التہابِ درونِ قلب (malignant endocarditis) یا اینورزم اس کا سبب ہوتا ہے۔ یہ بوڑھے آدمیوں میں ہوتا ہے، اور علی العموم عضلی محنت کے بعد ہوا کرتا ہے۔ درج شدہ اصابتوں میں سے تین چوتھائی میں مقامِ انشقاق بایاں بطین تھا۔ مریض پر یکایک دردِ قلب کا حملہ ہو جاتا ہے، جس کے بعد جلد ہی شحوب (pallor)، بے ہوشی، چند تشنجی جھٹکے (convulsive twitchings) ہو کر موت واقع

ہوجاتی ہے ۔ شاذ اصابتوں میں کچھ گھنٹوں بلکہ دنوں تک زندگی قائم رہی ہے، جس کے ساتھ شحوب (pallor)، ٹھنڈے پسینے، کمزور نبض، اور تنفس آہ کے طور پر (sighing) ہوتا ہے۔

قلب کا انورسما

قلب کے انورسمے حاد یا مزمن ہوسکتے ہیں۔

حاد انورسمے دیوار بطین کے تقرحی التہاب درون قلب (ulcerative endocarditis) کی وجہ سے اس طرح پیدا ہوجاتے ہیں، کہ جس طرح خبیث التہابِ درون قلب (malignant endocarditis) کے تحت بیان کیا جائے گا، اور یہ فاصل کے جزوِ غشائی (pars membranacea septi) یا فضائے غیر محفوظ نیز مصراعات کے انورسما کا کسیقدر اکثر الوقوع سبب ہے۔ جزو غشائی کے انورسما بعض اوقات پیدائشی ہوتے ہیں۔ تمام صورتوں میں تاچۂ انورسمائی بائیں بطین کیطرف کھلتا ہے۔ یہ حالت دورانِ زندگی میں شناخت کے قابل نہیں۔

قلب کے مزمن انورسمے عموماً لیفی انحطاط کے سلسلہ میں پیدا ہوجاتے ہیں۔ ماؤف شدہ کہفہ، اپنے عضلی ریشے کے لیفی بافت میں یوں تبدیل ہوجانے کی وجہ سے ایک مقام پر کمزور پڑجاتا ہے، اور خون کے دباؤ سے قسمع ہوکر ایک تاچہ بن جاتا ہے۔ بایاں بطین انورسماؤں کا عام محل وقوع ہے، اور دوسرے تین کہفوں کے انورسماؤں کی صرف چندہی مثالوں کا اندراج ہوا ہے۔ تین اصابتوں میں سے دو میں یہ راس پر واقع ہوتے ہیں۔ یہ گول تاچے بنا دیتے ہیں، ممکن ہے ان تاچوں اور بطین کے درمیان کا راستہ اُسی جسامت کا ہو جو خود تاچہ کی ہے، یا ممکن ہے کہ یہ راستہ نسبتہً بہت چھوٹا ہو۔ جب یہ راس پر پیدا ہوجاتے ہیں تو اول الذکر قسم زیادہ اکثر الوقوع ہوتی ہے، یعنے یہ کہ انورسما کہفۂ بطین کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ آخر الذکر قسم، جو زیادہ تاچکدار (sacculated) ہوتی ہے، زیادہ اکثر بطین کے پہلو پر یا قاعدے میں واقع ہوتی ہے جسامت میں اِن کا مقابلہ خشک سپاریوں (nuts) مرغی کے انڈوں، یا چھوٹے سنگتروں سے کیا گیا ہے۔ چند اِس سے بہت زیادہ بڑے پائے گئے ہیں۔ اِنکی

257

دیواریں عموماً بہت پتلی اور بعض اوقات کلسی مادے سے درریختہ ہوتی ہیں۔ اِن میں دیوالی قلبیہ کا استر ہوتا ہے، اور اِن کے اندر بیشتر فائبرینی رُوبہ (fibrinous coagulum) موجود ہوتا ہے۔ یہ بارہ سال کی عمر سے اوپر ہر عمر میں پائے گئے ہیں، اور عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ تر۔ شاذ موقعوں پر اکلیلی شرائین کے انورسمے بھی ملے ہیں۔ یہ غالباً ایک سداد (embolus) کے پیچھے شریان کے نرم ہوجانے اور پھر نتیجتہً اُس کی کلائی واقع ہوجانے سے پیدا ہوجاتے ہیں (15)۔

علامات اگر موجود ہوں تو اُن اصابتوں میں جہاں انورسما عضلۂ قلب کے انحطاط کے بعد ثانوی طور پر واقع ہوا ہو، اِسی انحطاط کے ہوتے ہیں۔ لاشعاعی امتحان تشخیص کا ایک مفید ذریعہ ہے۔ اصابتوں کے نہایت بڑے تناسب میں تامور کے اندر انورسما کا دفعتہً انشقاق ہوجانے سے موت واقع ہوگئی ہے۔

نوبالیدگیاں اور طفیلیات

نومایہ (neoplasm)۔ قلب پر اِس کا حملہ مختلف شکلوں میں ہوتا ہے، بالخصوص لمفی سلعہ (lymphoma)، لحمی سلعہ (sarcoma) اور میلانینی (melanotic) سرطانی سلعہ کی صورت میں۔ اکثر اوقات واسطی غدد کے لحمی سلعہ یا لمفی سلعہ کے نتیجہ کے طور پر قلب ماؤف ہوجاتا ہے، ایسی صورت میں یہ سلعہ براہ اُوردہ پھیل کر اذینوں پر حملہ آور ہوتا ہے، اور تامور کے نیچے گرہکی ارتفاعات کے طور پر نمایاں ہوجاتا ہے۔ بعض اوقات یہ سلعہ جسم کے کسی دوسرے حصے میں ایسی ہی بالیدگی کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے۔ قلب میں ایک منفرد اوّلی جماؤ کا ہونا نہایت شاذ ہے۔ ایک اصابت میں، جس میں سلعہ دائیں بطین اور ریوی فتحہ پر حملہ آور ہوکر اُن کو جزءً مسدود کرچکا تھا، مسلسل شدید زراق موجود تھا، جس کے ساتھ سرخ خلیتوں کی زیادتی نہ تھی، [چنانچہ کثرت خلیات احمر (polycythæmia rubra) خارج از بحث تھی]، اور سلف ہیموگلوبن دمویت (sulphæmo-globinæmia) کی بھی کوئی شہادت موجود نہ تھی، لیکن اکثر اوقات ایسے علامات جو اِس حالت کے ممیز ہوں نہیں موجود ہوتے۔ بعض اصابتوں میں اِس کا استنباط محض ایک دروں صدری بالیدگی کی موجودگی پر سے

کیا جا سکا۔ والشے (Walshe) ایک مریض کی حالت کا اندراج کرتا ہے جس میں دائیں اذین کی اگلی دیوار کے سرطان میں مبتلا ہو جانے کے باوجود ایسی کوئی سریریاتی شہادت موجود نہ تھی جو قلب کی طرف اشارہ کرے۔

طفیلیات ۔ کبھی کبھی جرم قلب کے اندر کیسیتی دویرے (hydatid cysts) نمویاب ہو کر اپنی بالیدگی کے دوران میں یا تو تامور کی سمت میں یا کسی ایک کہفہ کے اندر ابھر آتے ہیں۔ یہ دویرے منفرد ہوتے ہیں یا ممکن ہے کہ ان کے اندر دختر دویرات (daughter-vesicles) موجود ہوں۔ قلب پر اُن کے اثر کا انحصار بلاشبہ اس امر پر ہے کہ وہ بڑھ کر کتنی جسامت اختیار کر لیتے ہیں۔

خنزیری فیتیہ (tænia solium) کا ا نبان ذنبیہ (cysticercus) بھی بعض اوقات قلب کی دیواروں میں پایا جاتا ہے۔

حمیٰ روماتزمی

(RHEUMATIC FEVER)

حاد اور تحت الحاد روماتزم

(acute and subacute rheumatism)

تپ روماتزمی[1] ایک حموی مرض ہے، جس میں یا تو مفاصل کا، یا قلب اور اُس کی جھلیوں کا، یا ان دونوں قسم کے مقامات کا ایک ساتھ حاد التہاب واقع ہو جاتا ہے۔ روماتزمی عوارض جو حاد اور تحت الحاد روماتزم اور رقص (chorea) پر مشتمل ہیں، بوجہ اُس تضرر کے جو اُن سے قلب کو پہنچ جاتا ہے، بچوں کے لئے

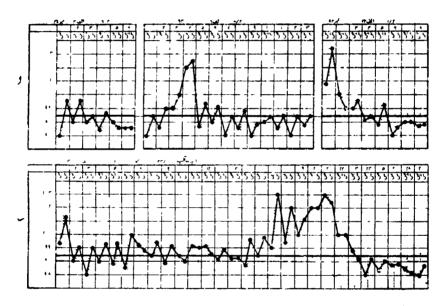
---

[1] ۔ روماتزم اور روماٹک کے الفاظ، ایک یونانی لفظ آر سے ماخوذ ہیں جس کے معنی بہاؤ کے ہیں، اور جو ایک دوسرے یونانی لفظ کتٹار (نازلت) سے تعلق رکھتا ہے۔ روماٹکس بخار یا حاد روماتزم کو ان مزمن روماٹک امراض سے تمیز کرنا چاہئے جو کہ بعد میں بیان کی گئی ہیں۔

نہایت شدید خطرہ کا باعث ہوتے ہیں۔

بحث اسباب - یہ مرض دونوں صنفوں میں اور تقریباً ہر عمر میں ہوتا ہے، لیکن پچاس سال کی عمر کے بعد اور شیرخواروں میں نہایت شاذ ہوتا ہے۔ یہ مرض خوشحال اشخاص میں نادر الوقوع ہے۔ اور نہایت مفلوک الحال اشخاص کو بھی غیر متاثر رکھنے کا رجحان رکھتا ہے۔ یہ آبرودار کاریگروں کی جماعت، چٹھی رسانوں، ریل کے ملازموں وغیرہ میں عام ترین ہے۔ یہ ایک ماحولی (environmental) مرض ہے نہ کہ موروثی، کیونکہ جب اُن کے بچوں کی تشذید (segregation) مدارس صنعت و حرفت میں کردی جاتی ہے تو اُن پر اِس کا حملہ نہیں ہوتا، اگرچہ بورڈنگ اسکولوں وغیرہ میں وبائیں دیکھی گئی ہیں (49)۔ ماحولی عوامل میں سے سب سے زیادہ شک غذا پر پڑتا ہے اور چونکہ غریبوں کی غذا میں حیوانی شحمیں نمایاں طور پر مفقود ہوتی ہیں، لہٰذا اس سے حیاتین الف اور د کی قلت مستنبط ہوتی ہے۔ اس بنا پر حاد روماتزم کساحت (rickets) کے ساتھ مماثلت رکھتا ہے، چنانچہ اول الذکر مرض تقریباً اس عمر میں شروع ہوتا ہے کہ جس میں کساحت ختم ہوجاتی ہے (48)۔ پھر بعض تازہ تحقیقاتیں سردی اور نمی کی طرف اشارہ کرتی ہیں، اور سرمائی مہینوں میں اِس مرض کا ورود عام ترین ہے۔ ممکن ہے کہ وہ حرارت جو نہایت غریب اور نادار اشخاص میں اثر دھام سے پیدا ہوجاتی ہے اِن عوامل کو بے اثر کردے۔ مدارس میں حاد روماتزم شاذ ہے۔ چونکہ یہ مرض عموماً براہِ حلق داخل ہوتا ہے، یہ پایا جانا تعجب خیز نہیں کہ یہ حمیٰ قرمزیہ (scarlet fever) کے بعد عام ہے۔

امراضیات - اِس بیان کی بہت کچھ تائید کی جاسکتی ہے کہ روماتزمی تپ کا سبب عامل ایک خون پاش نبقہ سبحیہ ہے۔ یہ ایسی رائے ہے جس کا منبع پائنٹن (Poynton) اور پین (Payne) کا کیا ہوا کام ہے۔ کبھی کبھی نبقات سبحیہ تحت الجلدی گرہوں سے، رقص (chorea) کی مہلک اصابتوں میں دماغی نخاعی سیال سے، اور خون سے علٰحدہ کئے گئے ہیں۔ حال ہی میں غیر معمولی خصائص کے نبقات سبحیہ کی طرف توجہ مبذول ہوئی ہے، جو حاد روماتزم اور کوریا میں حلق سے علٰحدہ کئے گئے ہیں۔ اِنکو قلبی مفصلی التہابی نبقات سبحیہ (streptococcus cardioarthritidis) کا نام دیا گیا ہے۔ اِن اصابتوں کی نہایت غالب تعداد میں مفصلی سیال اور خون کا کشت

کرنے پر عقیم پائے جاتے ہیں، چنانچہ اسی وجہ سے زمانہ ماضی میں اس مرض کے جرثومیاتی مبداء کے متعلق بے اعتمادی تھی۔ خون پاش نبقہ سبحیہ اور حاد روماتزم کے درمیان قریبی رشتہ ہونے کا ایک زیادہ اہم ثبوت، ہسپتالوں اور اسکولوں میں متعدی سوزش حلق کے عواقب (sequelæ) کے مطالعہ سے حاصل ہوتا ہے۔ اگر سبب عامل ایک خون پاش نبقہ سبحیہ ہی ہو، اور دوسرے عضویے مثلاً نبقہ عنبیہ، حرد نبقہ، نانزلیتی وغیرہ نہ ہوں، تو مریضوں کو ۷ سے لیکر ۲۱ دن تک کی مدت کے بعد حاد روماتزم ہوجاتا

شکل ۳۹۔ تین لڑکوں کے نقشے کہ جن کو خون پاش نبقہ سبحیہ کی وجہ سے سوزش حلق تھی۔ ب نقشہ ایک لڑکے کا ہے، اس کو بھی نبقہ سبحیہ کی وجہ سے سوزش حلق تھی، اور بعد میں نبقی سبحی التہاب شعبی پیدا ہوگیا۔ ایک خاموش وقفہ کے بعد پندرھویں دن حاد روماتزم نمودار ہوگیا (ڈبلیو۔ ایچ۔ بریڈلے W. H. Bradley کے مریضوں سے)۔

ہے۔ اتنی مدت گویا "خاموش وقفہ" ہے (47)، کہ جس میں علامات رجعت قہقری کرتے ہیں، اگرچہ، جیسا کہ شکل ۳۹ سے ظاہر ہے، تپش ہمیشہ بالکل طبعی لیول تک نہیں آتی۔

ابتدائی سوزش حلق کے وقت، جو کہ نقشہ میں پہلے دن دکھائی گئی ہے، نبقہ سبحیہ جو شفاء میں داخل نہیں ہوا، اور ۱۴ ویں دن جب کہ حاد روماتزم شروع ہوتا ہے نبقہ سبحیہ حلق سے غائب ہوگیا ہے، اگرچہ التہاب گرد قلبہ کی مہلک اصابتوں میں یہ طحال اور گرد قلبی لمفی غدد سے کاشت کیا گیا ہے (50)۔ واقعات کی یہ ترتیب زمانی اس نظریہ کے مطابق ہے کہ حاد روماتزم ایک حاد حساسیتی منظر ہے جو کہ ابتدائی نبقی سبحی حملہ کے دوران میں "حساس گری" کا نتیجہ ہے۔ لیکن ایک اور استدلال جو کیا جاسکتا ہے یہ ہے کہ خون پاش نبقہ سبحیہ بطور خود حاد روماتزم کا اولی سبب نہیں ہے، بلکہ یہ ایک ثانوی حملہ آور، مثلاً ایک ماورائے خوردبینی قشب کے ادخال کو سہل بناتا ہے، اور وہی مرض کا براہ راست سبب ہے۔ حال ہی میں اس کی شہادت حاصل ہوئی ہے۔

مرضی تشریح۔ روماتزمی تپ کے خاص ساختی تغیرات التہاب قلب (carditis)، کثیر مفصلی التہاب (polyarthritis)، رقص (chorea) اور تحت الجلدی گرہیں ہیں۔ ان تمام مثالوں میں ردّ عمل دراصل ایک ہی جیسا ہوتا ہے، یعنے ایک التہابی گرہ بنجاتی ہے، گو اس کے منظر کا انحصار مقام ماؤف کی نوعیت پر ہوتا ہے۔ اس ردّ عمل کا مطالعہ قلب میں نہایت آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔

عضلۂ قلب کا التہاب حاد (acute myocarditis)۔ اوّلین تغیر ایک تہ بافت میں واقع ہوتا ہے۔ ایک نقطہ پر استر کار (lining) خلیے پھول کر تعداد میں بڑھ جاتے اور تیز التہاب کا مرکز بنجاتے ہیں، جس کے ساتھ گول خلیوں کی دراندازش (round cell infiltration) ہوتی ہے، جو خاصکر کثیر الاشکال (polymorphs) ہوتے ہیں۔ یہ تہ بافت تھکے کے باعث سرمُہر ہوکر تلف ہوجاتی ہے۔ ازاں بعد گول خلیوں کی دراندازش غائب ہوجاتی ہے اور بالآخر ہمیں فائبرین کے پس منظر میں بڑے کثیر نواتی خلیوں کا ایک گروہ مفروش ملتا ہے، جو آشاف کی گرہ (Aschoff's node) بناتا ہے۔ یہ خلیے لیفی ناحض (fibroblast) ہوتے ہیں اور بعد میں متغیر ہوکر معمولی لیفی بافت بنجاتے ہیں، جس سے ایک مستقل لیکن غیر ممتاز ندبہ (scar) بنجاتا ہے۔ عضلی ریشہ کے خلیوں میں شحمی ذرات اور قطیرات (droplets) سب سے پہلے نواۃ کے قریب نمودار ہوجاتے ہیں، اور ازاں بعد ایک محدود المقام تنخر (localised necrosis)

واقع ہوجاتا ہے، جو ممکن ہے کہ سمی الاصل ہو، یا تھرمبانک کے تلف ہوجانے پر دموی رسد کے انقطاع کے سبب سے ہوگیا ہو۔ یہ گرہیں نہایت عام طور پر اورطی کی جڑ اور حلقۂ مطرانی (mitral ring) کے قریب بائیں بطین میں عضلات میں گہری مدفون نمودار ہوتی ہیں۔

دروں قلبیہ کا التہاب حاد (acute endocarditis)۔ روماتزمی التہاب دروں قلبیہ میں اس "گرہی" التہاب ("nodal" inflammation) کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس سے مطرانی شرفہ (mitral cusp) کے اوپری جانب یا اورطی شرفہ (aortic cusp) کے بطینی جانب پر مصراعوں کی کور کے قریب زیر دروں قلبی بافت (subendothelial tissue) کے نہایت خفیف اورام پیدا ہوجاتے ہیں، جس سے تسبیح کے دانوں جیسے متعدد ارتفاعات بنجاتے ہیں جنھیں عموماً رویدگیوں (vegetations) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اور یہ ابتداءً اس خط پر واقع ہوتی ہیں جہاں مصراع مسدود ہونے پر اپنے رفیق کو چھوتا ہے، نہ کہ مصراع کی آزاد کور پر۔ بعد میں ملتہب رقبہ پر مصراعوں کا درملہ ڈھیلا پڑجاتا ہے، اور بطینی خون سے فائبرین اور کثیر الاشکال نواتی سپید خلیے تہ نشین ہوجاتے ہیں۔ التہاب کم ہونے پھر خفیف سا اندماب (scarring) واقع ہوجاتا ہے۔ لیکن طویل عرصہ تک جاری رہنے والے التہاب میں یا متواتر حاد حملوں کے بعد مصراعوں کا بڑا نشوہ (deformity) واقع ہوجاتا ہے، جس کا بیان دروں قلبیہ کے التہاب مزمن (chronic endocarditis) کے باب میں درج کیا گیا ہے۔ التہاب تامور (pericarditis) کے مناظر بھی بعد میں بیان کئے گئے ہیں۔

التہاب مفاصل (arthritis)۔ ہلک اصابتوں میں مفصلوں کے اندر گدلا زلاب (synovia)، اور فائبرین کی دھجیاں پائی گئی ہیں۔ سپید خلیات موجود ہوتے ہیں لیکن سیال کبھی ریمی نہیں ہوتا۔ خود غشائے زلابی عروقی اور لمف کی ایک تہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جب ایسی مریض کی، جیسی کہ اکثر دیکھی جاتی ہے واقع ہوجاتی ہے تو زلابی تغیرات اس کی نسبت اور بھی زیادہ خفیف ہوتے ہیں۔ وتری غلافوں کے اندر غیر شفاف متصل اور سبزی مائل زرد لمف پایا گیا ہے۔

زیر جلدی روماتزمی گرہ، جو روماتزم کی ایسی ممتاز خصوصیت ہے، اس کی پیدائش بالکل ویسی ہی ہے جیسی کہ پہلے قلب کے لئے بیان ہو چکی ہے، لیکن اس کی نسبت زیادہ بڑے پیمانہ پر ہوتی ہے۔ وہ مرکزی شریانی التہاب سے شروع ہوتی ہے پھر کثیر نواتی لیفی ناسیجی دررسیدگی (multi-nucleated fibroblastic infiltration) ہوتی ہے جو ترقی کرتی ہوئی چند ہفتوں کے دوران میں ایک چھوٹا اندبہ بنجاتی ہے۔

علامات۔ اکثر ایک یا زائد حملوں کی ماسبق سرگذشت پائی جاتی ہے۔ اور لوزتین بڑھے ہوئے نظر آتے ہیں، یا ان میں عمیق طاقچے (crypts) موجود ہوتے ہیں، یا دبانے سے پیپ خارج ہوتی ہے، یا غدودہ (adenoids) موجود ہوتے ہیں روماتزم کی ابتدائی علامات کثیر مفصلی التہاب (multiple arthritis) یا زلالی التہاب (synovitis) کے ہوتے ہیں، یہ ضررات نمایاں ہوتے ہیں کیونکہ ان کے ساتھ درد اور تپ موجود ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں، اور خاصکر بچوں میں، پہلا ضرر قلبی معراجات یا عضلۂ قلب یا تامور کا التہاب ہوتا ہے (روماتزمی التہاب قلب)، جو ممکن ہے بلکل مخفی (latent) ہو، مگر جس کے ساتھ مبہم سے دردوں [جنکو شاید دردہائے بالیدگی (growing pains) کہتے ہیں] کی سرگذشت ملتی ہے، اور یہ درد ایسے ہوتے ہیں کہ بچہ ان کی وجہ سے فریش نہیں ہوتا۔ بعض اوقات ایک ایسے بچہ میں، جس پر مفصلی قسم کی روماتزم کا حملہ ہوا ہو، ایسا قلبی ضرر پایا جاتا ہے جو زمانہ ماضی کا ہوتا ہے اور موجودہ زلالی التہاب پر منحصر نہیں ہوتا، مگر اس کے ساتھ کسی گذشتہ زلالی التہاب کی سرگذشت بھی نہیں ملتی، یا ممکن ہے کہ رقص (chorea) کی سرگذشت ہو (آگے ملاحظہ ہو)۔

260

مفاصل بالکل دفعتہً ماؤف ہو سکتے ہیں۔ پہلے اکثر گھٹنے پر حملہ ہوتا ہے، اور پھر ٹخنے پر، اور دوسری حالتوں میں کلائی یا کندھے پر۔ خواہ پہلے کسی بھی مفصل پر حملہ ہو، مرض جلد ہی جسم کے دوسرے مفاصل میں پھیل سکتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کندھا، کہنی، اور کلائی، کولہا، گھٹنا، اور ٹخنہ سب کے سب ایک ہی وقت میں یا یکے بعد دیگرے مبتلائے التہاب ہو سکتے ہیں۔ کبھی کبھی بالغوں میں ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں کے مفصل یا قصی ترقوی مفصل (sterno-clavicular joint) یا فقری

مفاصل تک ماؤف ہو جاتے ہیں۔ مرض کی وسعت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ ایک مریض میں صرف دو یا تین جوڑ ملتہب ہو سکتے ہیں، اور دوسرے میں بہت سے۔ اور روماتزمی تپ کا ایک اہم خاصہ یہ ہے کہ اس میں جب بعض ملتہب مفاصل بسرعت شفایاب ہو جاتے ہیں، تو دوسرے مفاصل ماؤف ہونے جاتے ہیں۔ اور جب یہ آخر الذکر مفاصل اچھے ہو جاتے ہیں تو تازہ مفاصل مبتلا رہتے ہیں، یا پہلے ماؤف شدہ مفاصل پھر مبتلائے التہاب ہو جاتے ہیں۔

جس مفصل پر روماتزمی تپ کا حملہ ہوا ہے وہ متورم، گرم، چھونے سے الیم (tender)، اور دردناک ہوتا ہے۔ سب سے زیادہ نمایاں ورم گھٹنے میں (جہاں انصباب بآسانی پہچانا جا سکتا ہے)، اور ٹخنہ میں اور کلائی میں ہوتا ہے۔ اُس کا رنگ تیز گلابی ہو سکتا ہے، جو شاذ ہی سارے ورم پر پھیلا ہوا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ چکتیوں یا دھبوں کی صورت میں ہو۔ الیمیت (tenderness) بعض اوقات انتہائی درجہ کی ہوتی ہے، چنانچہ بستر پر ذرا سا دھکا لگنے سے، یا جوڑ کو بیڈ ھنگے پن سے ہاتھ لگانے سے شدید درد ہو جاتا ہے۔ اس قسم کا درد خود بخود پیدا ہونے والے درد کے بند ہو جانے کے بعد بھی جاری رہ سکتا ہے۔ کندھے، کولہے اور کہنی کے جوڑوں میں درد اور الیمیت ہی روماتزم کے خاص مظہر ہیں، کیونکہ خفیف سا ورم بآسانی شناخت نہیں ہوتا، اور سرخی عموماً غیر موجود ہوتی ہے۔ التہاب مفاصل مختصراً بچوں کی نسبت بالغوں میں زیادہ دردناک ہوتا ہے۔ جوارح کے عضلات کا جس کرنے پر الیم ہونا کافی عام ہے، جس کی وجہ غالباً وہ عضلی التہاب (myositis) ہے جو اپنی نوعیت میں عضلۂ قلب کے التہاب (myocarditis) سے مماثل ہوتا ہے۔ فی الحقیقت ایک لڑکے میں، جو راقم الحروف کے زیرِ نگرانی تھا، شدید عضلی الیمیت بلا مفاصل کی کسی ماؤفیت کے موجود تھی۔

اصابتوں کی نہایت غالب تعداد میں زلالی التہاب زائل ہونے پر ما سبق التہاب کی کوئی امارت نہیں چھوڑتا۔ لیکن کبھی کبھی، بالخصوص اُس وقت جبکہ ایک ہی جوڑ پر متواتر حملے ہو چکے ہوں، دائمی تغیرات کا دیکھا جانا ممکن ہے، جن میں عضلات کی لاغری بھی پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تغیرات روماتزمی گرہوں کے ہمراہ پائے جائیں، اور

وہ حاد روماتزم آسا مفصلی التہاب (acute rheumatoid arthritis) سے قوی مشابہت رکھتے ہیں نسیجیاتی نقطۂ نظر سے روماتزم آسا مفصلی التہاب کے ضررات حاد روماتزم کے ضررات سے ناقابل تمیز ہوتے ہیں، چنانچہ یہ ممکن ہے کہ یہ بالآخر ایک ہی مرض کے مختلف مظاہر ثابت ہوں۔ بیان کیا گیا ہے کہ روماتزمی تپ میں بعض اوقات غضروفی مفصلات (synchondroses) بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اس میں شک نہیں کہ بعض مفاصل کے گرد و پیش کے وتروں کے غلاف اکثر ملتہب ہو جاتے ہیں، بالخصوص وہ جو کلائیوں اور ٹخنوں کے گرد کے ہوتے ہیں۔ اور ممکن ہے کہ پشت یا اور پشتِ دست پر پھیل جانے والی سرخی کا کچھ حصہ انھیں کے التہاب کے باعث ہو۔ ایک لڑکے میں، جسے راقم الحروف نے دیکھا تھا، جانہ (mandible) کے گرد زیر گرد عظمی گرہیں (subperiosteal nodes) موجود تھیں۔

اس کثیر مفصلی التہاب کے ہمراہ کچھ تپ (pyrexia) بھی موجود ہوتی ہے، جو مفصل کا التہاب کم ہونے کے ساتھ کم ہو جاتی اور التہابِ مفصل کے عود کے ساتھ پھر ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات تپ مفرط (hyperpyrexia) ہوتی ہے۔ پسینہ کثرت کے ساتھ آنا بھی روماتزم کا ممیز خاصہ ہے۔ اکثر عرقی مسامات کے دہنوں پر صاف کیسکوں کے اندر پسینہ دیکھا جا سکتا ہے، جنھیں عرق دانے (sudamina) کہتے ہیں۔ جب ان کیسکوں میں ریم کا ایک نقطہ موجود ہو، اور یہ ایک گلابی ہالیزہ سے گھرے ہوئے ہوں تو انھیں دخنیات (miliaria) کہتے ہیں۔ اس تپ کے ساتھ عموماً دماغی اختلال زیادہ نہیں ہوتا، اور غیر پیچیدہ روماتزمی تپ میں ہذیان کوئی نمایاں مظہر نہیں ہے۔ زبان فردار ہوتی ہے اور امعاء میں قبض ہوتا ہے۔ قارورہ مقدار میں تھوڑا، گہرے رنگ کا (high coloured) اور ترشئی ہوتا ہے۔ صرف کبھی کبھی اس میں البیومن کی خفیف سی مقدار موجود ہوتی ہے۔

روماتزمی التہاب قلب (rheumatic carditis) مفصلی التہاب کے ساتھ شروع ہونے والی روماتزمی تپ کی اصابتوں کے ایک بڑے تناسب (½ اور ¾ کے درمیان) میں قلب التہاب درون قلبیہ (endocarditis) اور التہابِ عضلۂ قلب (myocarditis) میں اور نسبتۂ قلیل الوقوع اصابتوں میں التہاب مور (pericarditis)

میں مبتلا پایا جاتا ہے۔ اگرچہ التہاب تامور کا بیان اس کے بعد آئیگا، یہاں یہ بتلا دینا
ضروری ہے کہ التہاب قلب کی جو کچھ علامتیں موجود ہوتی ہیں وہ زیادہ تر التہابِ عضلۂ قلب
کے سبب سے ہوتی ہیں نہ کہ التہابِ درون قلبیہ کی وجہ سے۔ وہ عموماً بالکل خفیف، اور
بعض اوقات بالکل غیر موجود ہوتی ہیں۔ التہاب قلب کا آغاز، تپ کے بڑھ جانے
سے ہوتا ہے۔ مسلسل سرعت قلب (tachycardia) عام ہے۔ شدید اصابتوں میں
ورزش کے بعد سانس پھولکر خستگی (exhaustion) ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ
یہی مرض کے ابتدائی ترین علامات ہوں۔ استثنائی مثالوں میں روماتزمی حملے کے بعد
چند مہینوں کے اندر ہی نمایاں فشلِ قلب (heart failure) ظاہر ہو جاتا ہے۔ مریض اکثر
عدیم الدم (anæmic) ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔

اس کی ابتدائی ترین طبی امارت یہ ہے کہ استماع کرنے پر مطرانی رقبے میں
قلب کی پہلی آواز میں خفیف سی اطالت (prolongation) یا خشونت (roughness)
سنائی دیتی ہے، یا آواز قدرے صاف نہیں سنائی دیتی۔ ممکن ہے کہ چوبیس ہی
گھنٹے کے اندر یہ لمبی ہوکر ایک واضح خریر (murmur) یا پھونکنے کی نرم آواز (soft
blowing sound) بنجائے، جو پہلی آواز کے ساتھ ساتھ ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ
کچھ عرصہ کے بعد بلکہ اس کی جگہ لیلے۔ یہ قلب کی حاد سرایت ظاہر کرتی ہے اور
یقیناً مطرانی بازروی سے پیدا ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مصراعات پر الپین کی نوک جیسی
دقیق روئیدگیاں (pin-point vegetations) ہوں، لیکن یہ سمجھنا مشکل ہے کہ
یہ عدمِ کفایت (incompetence) کیوں پیدا کردیتی ہیں۔ زیادہ ممکن توجیہ یہ ہو سکتی
ہے کہ بوجہ التہابِ عضلۂ قلب، مطرانی حلقہ (mitral ring) کا اتساع ہوکر عدمِ کفایت
پیدا ہو جاتی ہے۔ جوں جوں مریض بہتر ہوتا جاتا ہے ممکن ہے کہ یہ خریرات غائب
ہوتے جائیں۔ مطرانی بازروی (mitral regurgitation) عموماً دوسری رئوی آواز
کو مفخم (accentuated) بنا دیتی ہے۔ حاد قلبی مسدودی پیدا ہو جاتی ہے، اور بعض
اصابتوں میں ایک متضاعف (reduplicated) پہلی یا دوسری آواز یا راس پر سنائی
دینے والا پیش انکماشی خریر (presystolic murmur) اسوجہ سے ہوتا ہے کہ
اس حالت میں بطینوں سے پہلے اذنین محسوس طور پر منقبض ہوتے ہیں، لیکن ان تمام

طبیعی امارات کا سبب مطرانی مصراع کی راہ سے خون کا زور سے بہہ کر جانا بھی ہوتا ہے، جیسا کہ ذیل میں بیان کیا گیا ہے۔ روماتزمی تپ میں بچوں میں ایک نسبتاً کم عام خریر، جو راس پر ہی سنائی دیتا ہے بہ لحاظ وقت بین انبساطی (mid diastolic) ہوتا ہے۔ یہ یقیناً تمام اصابتوں میں مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی وجہ سے نہیں ہوتا، کیونکہ امتحان بعد الممات میں ایک سے زائد موقعوں پر یہ مصراع درست حالت میں پایا گیا ہے۔ یہ غالباً "اضافی ضیق" ("relative stenosis") کی وجہ سے ہوتا ہے یعنی ایک طبعی مصراع کے ایک متسع بطین کے اندر کھلنے اور ایک منجلا (fluid vein) اور بھنور (eddies) پیدا کر دینے کے باعث۔ یہ فلنٹ (Flint) کے اس مشہور [illegible] مشابہ ہے جو اورطی بازروی میں ہوتا ہے۔ بچوں میں اس خریر کی موجودگی عموماً ایک شدید درجہ کی سرایت ظاہر کرتی، اور سالہائے مابعد میں ایک مکمل نمو یافتہ مطرانی [illegible] پیدا کر دیتی ہے۔ اگر اورطی مصراع ماؤف ہوا ہے تو ممکن ہے کہ دوسری آواز نا[illegible] اور ایک انبساطی خریر نمو یاب ہو جاتا ہے، لیکن دوسروں کی نسبت یہ [illegible] قلیل الوقوع ہے۔

التہاب پلیورا (ذات الجنب = pleurisy)۔ جب قلب [illegible] ماؤف ہو، اور بالخصوص جب التہاب تامور (pericarditis) بھی موجود ہو [illegible] اکثر پایا جاتا ہے۔ ایک رگڑ (rub) سنائی دیتی ہے، اور ممکن ہے کہ درد [illegible] ہو۔ جب ذات الجنب تاموری اور حشائی پلیورا کے درمیان ہو تو پلیوری تاموری [illegible] (pleuro-pericardial friction) کا موجود ہونا ممکن ہے (ملاحظہ ہو صفحہ [illegible])۔ عموماً ارتشاح (exudation) اتنا کافی نہیں ہوتا کہ جس کے بزل (tapping) [illegible] لاحق ہو۔ لیکن گاہ بگاہ ممکن ہے کہ وہ وسیع ہو کر بائیں قاعدے پر ویسے ہی طبعی [illegible] پیدا کر دے جیسے کہ بائیں شش پر ایک تاموری انصباب کے [illegible] سے پیدا ہوتی [illegible] یعنی آواز کی کمی (impairment of note)، ناقص جو [illegible] شعبی تنفس (high-pitched) [illegible]۔ حاد ریوی اُذیما (oedema) اور شعبی ذات الریہ کبھی کبھی بھول [illegible] عام طور پر التہابِ گردہ بھی ہم زماں طور پر ہو جاتا ہے۔

عرق دانوں (sudamina) اور دخنیات (miliaria) کے علاوہ، جو پہلے بیان ہو چکے ہیں، شری (urticaria) اور مختلف قسموں کا احمرار (erythema) بھی واقع ہو سکتا ہے، بالخصوص احمرار کثیر الاشکال (E. multiforme) اور پرپرا [کلاحت روماتزمی (peliosis rheumatica)]۔ احمرار گرہ دار (E. nodosum) بھی روماتزم کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ وہ بنفشی سمی مأخذ کا ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو آگے) لیکن زیادہ عام طور پر تدرنی ہوتا ہے۔

تحت الجلدی کرائب (subcutaneous nodes) بالغوں کی نسبت بچوں میں زیادہ عام ہیں، اور مفاصل کے قریب ہ جوار میں اور عظمی حیود اور ابھاروں پر پائے جاتے ہیں، جہاں جلد اور ہڈی کے درمیان زیادہ چربی حائل نہیں ہوتی، مثلاً کہنیوں اور گھٹنوں پر۔ وہ دردناک نہیں ہوتے اور شاذ ہی الیم ہوتے ہیں۔ انھیں جلد کے نیچے آزادانہ، اور اُن کے نیچے والی لیفی ساختوں پر خفیف سی حرکت دیجا سکتی ہے۔ وہ چند ہی ہفتوں میں غائب ہو جاتے ہیں۔

عمر۔ اگر علاج نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ مفاصل کے علامات دس سے چودہ دنوں تک جاری رہیں، اور پھر وہ اکثر دفع ہو جائیں گے۔ اگر سیلی سلیٹس (salicylates) کے ذریعہ علاج کیا جائے تو درد اور بخار اکثر ایک ہفتہ کے اندر غائب ہو جاتے ہیں۔ لیکن بہرحال روماتزم نکس (relapse) کا بڑا رجحان ظاہر کرتی ہے، جس میں دو دن سے لیکر دو ہفتوں کے ایک خالی از تپ اور خالی از درد وقفہ کے بعد مفاصل بالکل اُسی طریقہ سے ماؤف ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی ایک جوڑ کا التہاب ہفتوں یا مہینوں قائم رہنے کی وجہ سے شفایابی میں تاخیر ہو جاتی ہے۔ درد، ورم، اور کرختگی (stiffness) نمایاں تکالیف ہوتے ہیں، اور جوڑ کا علاج بالآخر آرام، جبیرات (splints) اور مقامی معالجہ سے کرنا پڑتا ہے۔ نقیہیت (convalescence) میں تاخیر کا ایک دوسرا سبب التہاب درون قلب (endocarditis) کی سریع ترقی ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مریض روماتزم سے گذر کر نمایاں مرض قلب میں مبتلا ہو جاتا ہے، جس میں اور طی یا مطرانی مرض کے خربات، عضلۂ قلب کا فشل (failure) بلکہ التہاب تامورہ موجود ہوتا ہے۔ روماتزمی حملہ کے دوران میں موت التہاب قلب سے، اور نہایت ہی شاذ طور پر

262

مفرط تپ سے ہو سکتی ہے۔

تشخیص۔ اِس میں عموماً کوئی دقت نہیں پیش آتی کیونکہ دردِ مفاصل کا دفعتہً وقوع اور ساتھ ہی مفاصل کی سرخی اور ورم، بخار اور کثرتِ پسینہ یہ سب بڑی حد تک فیصلہ کن ہوتے ہیں، بالخصوص اگر یہ نوعمر اشخاص میں واقع ہو، جن کی صحت پہلے اچھی تھی، یا جو اِس کے برعکس، روماتزمی تپ یا مرضِ قلب کی ماسبق سرگذشت رکھتے ہوں۔ جہاں صرف ایک ہی مفصل ماؤف ہو وہاں حاد التہاب مغز استخوان کے متعلق غور کرنا چاہئے۔ اِس میں جبلیٔ (constitutional) علامات زیادہ شدید ہوتے ہیں۔ الیمیت بہت زیادہ ہوتی ہے، خاصکر جبکہ ہڈی کو دبایا جائے۔ حاد تقیح الدم (acute pyæmia) جس کے ساتھ تقیحی التہابِ مفصل (suppurative arthritis) ہو، غیر عام ہوتا ہے، اور اُس میں عموماً سرایت کا کوئی صریح مرکز موجود ہوتا ہے، جیسے کہ زچگی کے بعد عفونی رحم۔ جب مفاصل پر حملہ ہوتا ہے تو اُن کے شفایاب ہونے میں طویل عرصہ لگتا ہے۔ سوزاکی زلالی التہاب بھی روماتزمی تپ کی نسبت زیادہ دیرپا ہوتا ہے، اور اُس کے ساتھ قلبی پیچیدگیاں شاذ ہی ہوتی ہیں، اور التہاب بالخصوص رداؤں (fasciæ) کو ماؤف کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ ابتدائی درجوں میں اُسے بآسانی غلطی سے حاد روماتزم سمجھ لیا جائے۔ حاد کثیر مفصلی التہاب (acute multiple arthritis)، بہت سی نوعی سرایتوں، مثلاً تپ محرقہ، نزحلیہ، اور نبقی ریوی سرایتوں، تپ ناکسہ، وغیرہ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ وہ تعامل جو مریض سیلی سلیٹس دینے پر ظاہر کرتا ہے، حاد روماتزم کی مفید دلالت ہوتا ہے۔ نقرس سے تشخیص اُس مریض کے بیان میں درج کی جائیگی۔

ایک ایسے بچے میں جسے کثیر مفصلی التہاب نہ ہو چکا ہو، روماتزم کی تشخیص کا انحصار خراشِ حلق یا عفونی لوزتین اور ایک قلبی ضرر یا رقص (chorea) کی شناخت پر ہوگا۔ حاد التہابِ درون قلبہ اور التہابِ عضلۂ قلب کی تشخیص کے لئے کسی قدر احتیاط کی ضرورت ہے، کیونکہ تازہ حاد التہاب درون قلبہ اور التہاب عضلۂ قلب کا خلط ملط پرانے مصراعی مرض کے خریرات کے ساتھ اور رقاء موری ٹرک کی آوازوں کے ساتھ ہو سکتا ہے۔ نوٹ کرنے کے قابل خاص امر یہ ہے کہ یہ زیر بحث خریر اپنی نوعیت

میں مُوہلنزم' اور بہ لحاظِ وقت انکماشی' اور مطرانی رقبہ پر سختی کے ساتھ محدود ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ سرعتِ ضرباتِ قلب (tachycardia) موجود ہو اور دوسری ریوی آواز مغزز (accentuated) ہو سکتی ہے۔ ایک فعلی (functional) یا دموی خریر (hæmic murmur) عموماً ریوی شریان پر بلند ترین' اور اُس کی صفت اکثر درشت (harsh) ہوتی ہے۔ مزمن مصرانی مرض کا خریر اکثر بلند یا درشت ہوتا ہے' جو ایک بڑے رقبہ پر سنا جاتا ہے' اور اُس کے ساتھ قلب کی حسامت یا شکل کا کچھ تغیر بھی ہوتا ہے۔

انذار۔ حاد روماتزم کی شرح اموات تھوڑی ہوتی ہے۔ امکانی خطرات اوپر بیان کئے جا چکے ہیں۔ اِس امر کی کہ آیا مرض ہنوز فعال ہے' تپش' اور شرح نبض اور تبدیلی خریرات بہترین سریری رہنما ہیں۔ خلیات احمر کی ثفلی شرح سے مزید مدد حاصل ہوتی ہے۔ ولیسٹرگرین (Westergren) کا طریقہ استعمال کرنے پر اگر خلیات پہلے گھنٹے میں ۱۰ ملی میٹر سے زیادہ یا دو گھنٹے میں ۲۰ ملی میٹر سے زیادہ گریں' تو مرض ہنوز فعال ہے (42)۔

تحریز۔ عموماً چکنی مٹی کی زمین روماتزم کی استعداد پیدا کرنے والی سمجھی جاتی ہے' اور دریائی وادیوں کے نشیبی مقامات سے احتراز کرنا چاہئے۔ روماتزمی بچوں کو چاہئے کہ اگر اُن کا لباس تر ہو جائے تو اُسے بدل ڈالیں۔ اہم ترین امر یہ ہے کہ تمام ممکن منابع سرایت کا علاج کرنا چاہئے۔ اِس سلسلہ میں ناک اور جوفوں اور حلق کا احتیاط کے ساتھ امتحان کرنا چاہئے' بالخصوص بچوں میں' لیکن بالغوں میں خاصکر دندانی سرایت کی تلاش کرنی چاہئے۔ روماتزمی مظاہر والے پچاسی بچوں پر عمل میں لائی ہوئی لوزہ برآری (tonsillectomy) کے موضوع پر ایک تحقیقات پیش کی گئی ہے (43)۔ بیشتر اصابتوں میں لوزتین ایک سے زائد بار التہاب میں مبتلا ہو گئے تھے' اور تمام اصابتوں میں لوزی لمفی غدد بڑھے ہوئے تھے۔ لوزہ برآری کے بعد اوسطاً ساڑھے تین سال سے زائد تک اِن اصابتوں کا تتبع کیا گیا۔ ۹۵ فی صدی اصابتوں میں لوزی غدد ناقابلِ جس ہو گئے۔ جن مریضوں کو روماتزمی تپ ہوئی تھی اُن میں سے ۴۸ فیصدی میں نکس بالکل نہیں ہوا۔ جہاں تک زفن کا تعلق ہے ۵۰ فیصدی اصابتوں میں نکس واقع نہ ہوا۔ التہابِ عضلہ (myositis) اور عقدہ مفاصل

کے متعلق یہ ہے کہ ۷۷ فیصدی اصابتوں میں نکس واقع نہ ہوا۔ چند اصابتوں میں لوزتین کو کامل طور پر نکالنے کے لئے ایک دوسرے عملیہ کی ضرورت واقع ہوئی۔ اس 263
کے خلاف گریٹ آرمانڈ سٹریٹ (Great Ormond Street) میں ۴۲۸ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں کہ جن میں رقص بھی شامل تھا، لوزہ برآری کے منفعت بخش نتائج بہت مشکوک تھے (45)، اور یہ دیگر ارباب سند کی رائے کے مطابق ہے (47)۔
مندرجہ بالا سے حسب ذیل نتائج مستنبط کئے جا سکتے ہیں :۔ روماتزمی بچوں میں جب لوزتین کی سرایت زندگی بچہ کی صحت کو خراب کر رہی ہو، اور بار بار سوزش حلق ہو اور مزمن غدی کلانی موجود ہو تو انقاف (enucleation) کے ذریعہ لوزتین کو بکلیہ نکال دینا مناسب ہے۔ اس عملیہ کو حاد سرایت رفع ہوجانے کے بعد عمل میں لانا چاہئیے۔

علاج ۔ روماتزم کی خفیف اصابتوں کے موثر علاج کے لئے بھی بستر میں کلی آرام کرنا ضروری ہے یہانتک کہ مفاصل کا درد اور ورم غائب ہو جائے اور قلب کا فاعلی التہاب رفع ہوجائے۔ لیکن اس کا یقینی طور پر جاننا مشکل ہے کہ یہ نتیجہ کب ظہور میں آتا ہے، چنانچہ خطرہ کے سدباب کے لئے مریضوں کو (بالخصوص اگر وہ بچے ہوں) بہت ہفتوں تک بستر پر لٹائے رکھنا چاہیئے۔ بہرحال جبتک کہ نبض اور تپش کم ہوکر طبعی نہ ہو جائیں اور کچھ دنوں تک ایسی نہ رہیں مریض کو اُٹھنے کی اجازت نہ دینی چاہئیے۔ ایک دوسری مفید دلالت حرارت کی نوعیت ہے۔ جبتک کہ یہ روز بروز کوئی تغیر ظاہر کریں اس کے یہ معنے ہیں کہ فاعلی التہاب موجود ہے۔ سرایت کے ممکن مرکزوں کو تلاش کرکے اُن کا تدارک کرنا چاہیئے (ملاحظہ ہو صفحہ 276) لوزہ برآری پر اوپر غور کیا جا چکا ہے۔

شدید اصابتوں میں مفاصل اسقدر دردناک ہونگے کہ مریض کو سوائے چپ چاپ لیٹے رہنے کے کوئی چارہ نہیں ہوتا۔ مفاصل کو تضرر کے ہر خطرہ سے محفوظ رکھنا چاہیئے۔ بعض اوقات بستری کپڑوں کو جوارح سے ایک حاملیہ کے ذریعہ اٹھا کر رکھنا چاہیئے۔ مفاصل کو نرم روئی میں، جس پر شدید اصابتوں میں تھوڑی سی مسکن دوا (anodyne)، مثلاً لفاح، یا افیون کا مروخ، چھڑک لی جائے، لپیٹ دینے سے درد میں قدرے مقامی تخفیف حاصل ہوسکتی ہے، یا مفصل پر متصل سیلی سلیٹ

(methyl salicylate) (ونٹر گرین کا مصنوعی تیل) پھیلا کر اُسے گٹا پرچا ٹیشو (-gutta
purcha tissue) سے ڈھانک سکتے ہیں۔ گذشتہ زمانہ میں خالص دودھ کی
غذا تجویز کی جاتی تھی، لیکن عام اصول کی بنا پر مختلف الاقسام غذاؤں کی اجازت
دینا نسبتہً بہت بہتر ہے، جیسا کہ دوسری حموی حالتوں میں کیا جاتا ہے۔

جو دوا اب تقریباً عالمگیر طور پر کام میں لائی جاتی ہے وہ سوڈیم سیلی سلیٹ
(sodium salicylate) ہے۔ جب مریض کامل طور پر اس کے زیر اثر ہو جاتا ہے
تو درد غائب ہو جاتے ہیں، مفاصل کی سرخی اور ورم میں تخفیف ہو جاتی ہے، اور
تپش دو یا تین درجہ کم ہو جاتی ہے، بلکہ ممکن ہے کہ طبعی درجہ پر آجائے۔ اگر اب اس
دوا کی مقدار کم کر دی جائے یا اس کا استعمال جاری نہ رکھا جائے تو بہت ممکن ہے کہ
درد عود کر آئیں۔ اگر وہی مقدار خوراک قائم رکھی جائے تو روماتزم اسی وقت سے
عملاً شفایاب ہو جائے گی۔ لیکن علاج کو دوا اور غذا ہر دو کے ذریعہ سے دس یا زیادہ
دنوں تک جاری رکھنا پڑے گا، اور اس مدت کے اختتام پر بتدریج ڈھیل دینی چاہئے۔
سیلی سلک ایسڈ یا اس کے سوڈیم والے نمک، دونوں کی موثر مقدار خوراک
۲۰ گرین ہے، اور سیلی سین کی مقدار خوراک ۳۰ گرین ہے، جو پہلے چوبیس یا چھتیس گھنٹوں
میں ہر چوتھے گھنٹے دینی چاہئے۔ لیکن کم شدید اصابتوں میں اس سے چھوٹی مقدار کافی
ہو سکتی ہے۔ بعض طبیب ابتدائی چار یا پانچ گھنٹوں میں ایک نسبتہً چھوٹی خوراک
ہر گھنٹے دیتے ہیں، اور پھر اس تواتر کو گھٹا کر ہر دوسرے گھنٹے دیتے ہیں۔ اگر حملہ نہایت
شدید ہے تو ممکن ہے کہ پہلے دن ۲۰ گرین کی خوراک ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے دینا
مناسب ہو۔ اگر بہت زیادہ مقدار دی جائے تو مریض دردسر، بہرے پن، طنین الاذن
(tinnitus aurium) اور خفیف ہذیان میں مبتلا ہو جاتا ہے، لیکن دوا کو موقوف کر دینے
پر یہ علامات موقوف ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی قے، سست یا غیر منتظم نبض، البیومن بولیت،
رعاف (epistaxis)، دم بولیت یا اسر البول (suppression of urine) اور
تسمم بولی (uræmia) واقع ہو گیا ہے۔ عام طور پر ابتدائی سمی علامات دردوں
کے رفع ہونے کے ساتھ ہمزماں ہوتے ہیں۔ لیکن تخفیف درد حاصل ہو جانے
کے بعد دوا کی معادوں کے تواتر کو کم کر کے روزانہ چار یا تین بار کر دینا چاہئے، اور

آخری درد یا آخری غیر طبعی تپش کے بعد پانچ یا چھ دن گذر جانے کے بعد تک اسی مقدار کو جاری رکھنا چاہیئے اور پھر یہ دوا بالکل موقوف کر دیجائے۔

روماتزم پر ان تین زیرِ غور دواؤں کے اثرات میں کوئی بیّن فرق نہیں عموماً سوڈیم والا نمک پسند کیا جاتا ہے اور اکثر اس کے ساتھ سوڈیم بائی کاربونیٹ کی مساوی مقدار شامل کر دی جاتی ہے۔ بعض اوقات یہ دوائیں چنداں کامیاب نہیں ہوتیں۔ درد کم ہو کر جاری رہتے ہیں یا نکس (relapses) اکثر ہو جایا کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایسی حالت میں سیلی سلیٹ آف کوئین (salicylate of quinine) (۲ تا ۶ گرین) مفید ہو ۔ یا قدیم قلوی علاج کیا جا سکتا ہے یعنے پوٹاسیئم بائی کاربونیٹ یا ایسٹیٹ، ۲۰ گرین ہر چار گھنٹے دینا، یا پوٹاسیئم بائی کاربونیٹ کونین کے ساتھ دینا۔ حاد روماتزم کے دردوں پر سیلی سلک ایسڈ شامل رکھنے والے مرکبات، مثلاً سیلال (salol)، سیلوفین (salophen) اور ایسٹیل سیلی سلک ایسڈ (ایسپرین) کچھ اثر رکھتے ہیں۔ آخر الذکر ۱۰ یا ۱۵ گرین کی خوراکوں میں برشامہ (cachet) میں بہت مستعمل ہے۔ 264

ابھی یہ معلوم نہیں کہ سیلی سلیٹس کسطرح عمل کرتے ہیں۔ بہت سے ماہرین کا یقین ہے کہ یہ خود سرایت پر کوئی نوعی اثر نہیں رکھتے۔ فی الحقیقت یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ تپ اور دردِ مفاصل کو دور کرنے میں ایک گونہ نقصان ہے کیونکہ اس سے قلب میں ایک ایسی دلالت جو کہ سرایت کی رفتار ظاہر کرتی ہے ہاتھ سے جاتی رہتی ہے، اور کسیقدر تپ کا موجود رہنا سرایت کے خلاف ایک مفید مدافعت ہے۔

شدید ارتفاعِ حرارت (hyperpyrexia) کا علاج فوری اور مستعدی کے ساتھ ہونا چاہیئے جیسا کہ ضربت الحرارت (Heat Stroke) کے بیان میں درج کیا گیا ہے۔

زفن (داء الرقص)

(chorea)

(Sydenham's chorea, chorea minor)

داء الرقص کی ممیز خصوصیت جسم کے مختلف حصوں کی بیقاعدہ غیر ارادی

ہیں۔ اِس کا مقبولِ عوام مرادف "سینٹ وائٹس کا رقص" رقصی مانیا کی اُن وباؤں کی طرف اِشارہ کرتا ہے، جو ازمنۂ وسطیٰ میں واقع ہوتی تھیں، جبکہ مریض سینٹ وائٹس کے مزار کی زیارت سے شفایاب ہوجاتے تھے۔ اسی بنا پر اس مرض کا نام "سینٹ وائٹس کا رقص" (Chorea Sancti Viti) ہوگیا۔ لیکن جو شکایت اُن وباؤں میں ہوا کرتی وہ کسیقدر ہسٹیریا کی سی کیفیت رکھتی تھی، اور اگرچہ داءالرقص کا نام اب بھی بعض اوقات غیر طبیعی حرکت کی بعض دوسری قسموں کو ظاہر کرنیکے لئے استعمال کیا جاتا ہے، تاہم وہ عموماً اُسی عارضہ کے لئے محفوظ رکھا جاتا ہے جو اب بیان کیا جائے گا۔

اسباب ۔ داءالرقص حاد رو، تزم کی ایک قسم ہے، اور اسی واسطے اُس کے اسباب بھی وہی ہیں جو اِس کے ہیں۔ وہ بیشتر طفلی کا مرض ہوتا ہے؛ تقریباً نصف اصابتیں پانچ اور دس سال کی عمروں کے درمیان ہوتی ہیں، اور دوسری ایک تہائی دس اور پندرہ سال کے درمیان ہوتی ہیں۔ وہ لڑکوں کی نسبت لڑکیوں میں زیادہ اکثرالوقوع ہے، دو یا تین اور ایک کی نسبت میں۔ ڈر یا دماغی صدمہ یا بار، جیسے کہ مدرسہ کے امتحانات کے لئے محنت کرنا، اِس مرض کو بڑھانے والا سبب ہوسکتا ہے۔ بالغ مریضوں میں حمل ایک عام پیش رو سبب ہے۔ اِن میں سے بعض کو بچپن میں روماتزم اور دوسروں کو داءالرقص ہوچکا ہوتا ہے۔

مرضی تشریح ۔ دماغ میں ہمیشہ دمویت پائی جاتی ہے۔ لیکن تغیرات اتنے زیادہ نہیں ہوتے کہ یہ ظاہر کریں کہ داءالرقص کا سبب جراثیمی حملہ ہے۔ قطنی کچوکے (lumbar puncture) سے لمف خلیات میں کوئی زیادتی شاذ و نادر ہی دریافت ہوتی ہے۔

امراضیات ۔ داءالرقص کے ایک روماتزمی سرایت ہونے کی تائید اِن واقعات سے ہوتی ہے :۔ التہاب دروں قلبہ کا اکثر وقوع، اور مہلک اصابتوں میں اُس کی تقریباً ہمیشہ موجودگی۔ دورانِ حیات میں اس کا تلازم روماتزمی تپ اور اُس کے مختلف مظاہر کے ساتھ۔

پہلے جو نظریہ مانا جاتا ہے یعنی یہ کہ داء الرقص دماغ پر ایک جراثیمی حملہ ہے یہ ضروری معلوم ہوتا ہے کہ اب اس کو ترک کر دیا جائے، الا چند خراب ترین اصابتوں میں (جنونی داء الرقص) کہ جن میں نبقہ سبحیہ کاشت کیا گیا ہے۔ حالیہ تحقیقات سے یہ نتیجہ نکلا ہے کہ یہ مرض ... اور نخاع دماغی نخاعی سیال کی آیونی کیلشیم (ionic calcium) کا بہت گھٹ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے یعنی یہ ۵ ملی گرام فیصدی سے کم ہو جاتا ہے، اور جب بچہ صحت یاب ہو جاتا ہے تو ۵ ملی گرام سے زیادہ ہو جاتا ہے (51)۔ اس نظریہ کی رو سے داء الرقص تکزز (tetany) سے ایک قریبی رشتہ رکھتا ہے۔ تکزز کی طرح اس میں بھی یہ دیکھا جاتا ہے کہ عضلات کی برقی ہیجان پر تحریک پذیری بڑھ جاتی ہے۔ چنانچہ اقل محرک رو جو کہ ایک طویل (supinator longus) بین فصال برقیرہ کو عضلہ کے حرکی نقطہ پر لگانے پر ایک مرئی جھٹکا پیدا کر سکتی ہے، ۲ ملی ایمپیئر (milliamperes) سے کم ہے، حالانکہ طبعی اس عدد سے زیادہ ہے (52)۔

علامات۔ داء الرقص کے علامات تنہا موجود ہو سکتے ہیں، یا اُن کے ساتھ حاد روماتزم کے وہ مظاہر بھی ہو سکتے ہیں جو پہلے بیان کئے جا چکے ہیں۔ اس مرض کا نمایاں ترین خاصہ عضلات کا فعل ہے؛ وہ (۱) غیر ارادی حرکت، (۲) عدم اتساق (ataxy) یا ناہم آہنگی (inco-ordination) اور (۳) خفیف درجہ کی حقیقی کمزوری یا استرخا (paresis) کی حالت میں ہوتے ہیں۔ مریض ایک مستقل حرکت کی حالت میں ہوتا ہے، خواہ وہ لیٹا ہو، بیٹھا ہو یا کھڑا ہو۔ اور یہ حرکات، جو جسم کے تقریباً تمام عضلات میں پائے جاتے ہیں، جھٹکے دار، بیقاعدہ اور بے غایت ہوتے ہیں۔ اُنگلیاں کھولی اور بند کی جاتی ہیں، کلائی کو یکایک پھیلایا یا خم کیا جاتا ہے، یا کندھا اُٹھا دیا جاتا ہے۔ چہرے کے عضلات کو جھٹکا لگتا ہے بھویں یکایک اونچی کر لی جاتی ہیں، سر یا آنکھیں ایک جانب کو گھمائی جاتی ہیں، اور ٹھوڑی اونچی یا نیچی کر لی جاتی ہے۔ جوارح زیرین میں حرکات اکثر کم ہوتے ہیں۔ پاؤں کی انگلیوں کو جھٹکا لگتا ہے، یا ایک گھٹنا گر پڑتا ہے۔ دھڑ کے عضلات میں ہیں جسم ایک یا دوسری طرف آدھا گھوما ہوا نظر آتا ہے، اور شکم کی ناگہانی بازکشیدگی،

یا تنفسی عضلات کا جھٹکے دار فعل دیکھنے میں آتا ہے۔

ارادی حرکات کے وقت یہ بیقاعدگی اور زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ اگر ہاتھ سامنے باہر پھیلائے جائیں تو بچہ انھیں مضبوط تھامے رکھنے کے بالکل ناقابل ہوتا ہے۔ زبان باہر نکالنے پر وہ ایک جھٹکے کے ساتھ باہر نکالی جاتی اور شاید یکایک اندر کھینچ لی جاتی ہے، اور ساتھ ہی جبڑوں کے عضلات بیقاعدگی کے ساتھ متحرک ہوتے ہیں۔ چلنے میں ٹانگیں اِدھر اُدھر پھینکی جاتی ہیں، جسم کو جھٹکے کے ساتھ چکر دیا جاتا ہے، اور کندھے اوپر اٹھا لئے جاتے ہیں۔ اِسیطرح یہ بھی دیکھنے میں آسکتا ہے کہ عضلات بڑی تیزی کے ساتھ ڈھیلے پڑجاتے ہیں۔ کسی چیز کو پکڑ لینے کے بعد ایک یا دو انگلیاں جلد ڈھیلی ہوجاتی ہیں اور جلد ہی وہ ہاتھ یا بازو گر جائے گا۔ اگر مریضہ کو غور سے دیکھتے رہیں یا اگر وہ جوش کی حالت میں ہوجائے تو یہ حرکات زیادہ ہوجاتے ہیں۔ نیند میں حرکات موقوف ہوجاتے ہیں۔

اس مرض میں بچی کے مزاج میں تغیر ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ مریضہ زودرنج، چڑچڑی، متلوّن المزاج، یا برانگیختہ ہوجاتی ہے، اور دماغی طور پر اُس کا حافظہ کمزور ہوجاتا ہے اور وہ اپنی توجہ کو قائم نہیں رکھ سکتی۔

اقسام۔ بعض اوقات علامات نہایت خفیف ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ تک ایسے ہی رہتے ہیں۔ انگلیوں کو صرف قدرے جھٹکا لگتا ہے، بیقاعدہ حرکات شاذ ہی دیکھنے میں آتے ہیں، لیکن بچی جن چیزوں کو لیجانے کی کوشش کرتی ہے انکو گرا گرا دیتی ہے۔ بعض اصابتوں میں حرکات ایک ہی جانب کے ہاتھ یا پاؤں تک محدود ہوتے ہیں (نرفن لنصفی: hemichorea)۔ دوسری اصابتوں میں قطعی فالج ہوتا ہے اور نرفنی حرکات خفیف ہی ہوتے ہیں۔ بازو پہلو میں لٹکا ہوا رہتا ہے اور دقت کے ساتھ اٹھایا جاسکتا ہے۔ انگلیوں کو کبھی کبھی جھٹکا لگتا ہے اور اُن کی گرفت نہایت کمزور ہوتی ہے (شللی نرفن: paralytic chorea)۔ ممکن ہے کہ نرفنی لنصفی فالج (choreic hemiplegia) ہوجائے۔ شاذ اصابتوں میں چاروں جوارح ماؤف ہوجاتے ہیں اور بچی بالکل بے بس پڑی رہتی ہے، اور اگر اُسے اُٹھایا جائے تو ہر جارحہ ایک لکڑی کے کندے کی طرح نیچے گر پڑتا ہے۔ کبھی کبھی بے کلامی، ذہنی کمزوری

مانیائی اور مالیخولیائی حالتیں بھی واقع ہو جاتی ہیں، اور یہ عموماً عارضی ہوتی ہیں۔
استثنائی طور پر حرکات نہایت تند ہوتے ہیں۔ کھڑا رہنا یا بیٹھنا نا ممکن ہو جاتا ہے، اور مریضہ صاحب فراش ہو جاتی ہے، اور خود کو بستر میں نہایت تند و تیز پیچ و تاب کے ساتھ اِدھر اُدھر پھینکتی پٹکتی ہے، ہاتھ اور بازوؤں کو پلنگ کی جانبوں یا سرھانے پر مارتی ہے، اور کہنیوں، شانوں، سرینوں، کولھوں، گھٹنوں اور ایڑیوں کو اس طرح رگڑتی ہے کہ جس سے جلد کی خطرناک خراشیدگیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اُسے غذا پہنچانا مشکل یا ناممکن ہو جاتا ہے، کیونکہ ہر چیز جو مریضہ کے منہ کے پاس رکھی جائے دھکا دیکر ہٹا یا گرا دی جاتی ہے بلکہ اگر وہ مریضہ کے منہ میں پہنچ بھی جائے تو ممکن ہے کہ بلع میں ہم آہنگیٔ عضلات نہ ہونے سے وہ پھر نکل جائے۔ یہ اصابتیں (رقص خطرناک chorea gravis:) بعض اوقات نہایت تیزی کے ساتھ ترقی کر جاتی ہیں، مریض لگاتار حرکت اور کافی غذا نہ پہنچنے کی وجہ سے خستہ معلوم ہوتا ہے۔ سریع لاغری واقع ہو جاتی ہے، چہرہ سرخ ہو جاتا ہے، آنکھیں بیٹھ جاتی ہیں لیکن چمکدار ہوتی ہیں، لب اور زبان خشک ہو جاتے ہیں، نبض سریع ہوتی ہے، اور بالآخر موت واقع ہو سکتی ہے، اور اُس سے پہلے اکثر تپش کسیقدر بلند، اور حرکات موقوف ہو جاتے ہیں۔ حقیقتاً ممکن ہے کہ مریض موت سے پہلے چند گھنٹے تک بالکل سکون کے ساتھ پڑا رہے، اور یہ خیال پیدا کر دے کہ نقیہیت شروع ہو گئی ہے۔ بعض اصابتوں میں ذہن شدید طور پر ماؤف ہو جاتا ہے اور مریض ہذیانی بلکہ وحشیانہ طور پر مانیائی ہو جاتا ہے۔ ایسی تند حالتیں پندرہ اور پچیس سال کے درمیان کی عمروں میں نسبتہً زیادہ کثیر الوقوع ہیں، اور اِن کا بڑا تناسب حاملہ عورتوں میں ہوا کرتا ہے۔

مُدّت۔ داء الرقص کی مدت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ اصابتوں کی غالب تعداد چھ ہفتوں سے لیکر تین ماہ تک قائم رہتی ہے۔ ایسا بھی بارہا ہوتا ہے کہ مرض کے شدید مظاہر رفع ہونے کے بعد خفیف جھٹکے بہت ہفتوں یا مہینوں تک ہوتے رہتے ہیں، اور علامات کچھ عرصہ کے بعد پھر شدت کے ساتھ ہو جائیں۔

بالآخر زیادہ تر مریض شفایاب ہوجاتے ہیں۔ تند و تیز حالتیں عموماً قلیل المدت ہوتی ہیں۔ اگر موت واقع ہوتی ہے تو وہ اکثر پہلی علامت سے یا حرکات کے تند ہونے کے وقت سے دو یا تین ہفتوں کے اندر واقع ہوجاتی ہے۔ جب شفا ہوتی ہے، تو حرکات چند ہفتہ کے بعد سست تر پڑ جاتے ہیں۔ اگرچہ ممکن ہے کہ کامل شفایابی میں کچھ عرصہ کی تاخیر ہوجائے۔ داء الرقص کلی طور پر رفع ہوجانے کے بعد بھی نکس کا احتمال رکھتا ہے۔ دوسرے یا تیسرے حملے اکثر ہوجایا کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ پہلے حملہ کی نسبت قلیل تر مدت کے ہوں، لیکن دیگر خصوص میں اُس سے مختلف نہیں ہوتے۔

عواقبِ مرض۔ اس مرض کے بعد بعض اوقات مریض کے یکایک چمک اٹھنے (sudden starts) کی قابلیت باقی رہ جاتی ہے، جو مہینوں کے عرصہ میں رفع ہوجاتی ہے۔ صرع (epilepsy) بھی شاہدے میں آئی ہے، اور شفایابی کے بعد ایک تقلص (tic) کا باقی رہ جانا ممکن ہے۔

تشخیص۔ اِس میں شاذ ہی کوئی دقت پیش آتی ہے۔ داء الرقص سے قریبی مشابہت رکھنے والے حرکات ہسٹیریا کے جزو کے طور پر واقع ہوسکتے ہیں۔ وہ عموماً زیادہ متوازن، اور زیادہ محدود المقام ہوتے ہیں، اور بسرعت شفایاب ہوسکتے ہیں۔ عادتی تشنج (habit spasm) بچوں میں موجود ہوسکتا ہے اور متذکرۂ بالا سے قریبی مماثلت رکھتا ہے۔ اُس کے حرکات محدود المقام، اور نوعیت میں ارادی ہوتے ہیں، اور داء الرقص کے حرکات کی نسبت زیادہ قابلِ ضبط اور کم مستقل ہوتے ہیں۔ فریڈرِک کے عدمِ اِتساق (Friedriech's ataxia) میں حرکات جھٹکے دار ہوتے ہیں۔ لیکن چال مختلف اور سرگذشت نہایت طویل ہوتی ہے، اور دوسرے امارات موجود ہوتے ہیں۔

انذار۔ یہ بچوں میں زیادہ امید افزا ہوتا ہے، قطع نظر قلب کی حالت کے۔ نوعمر بالغوں میں یہ نسبتۃً زیادہ غیر یقینی ہوتا ہے۔

علاج۔ مادر وماتزم کا علاج دیکھنا چاہئے۔ بچی کو بستر میں سکون کے ساتھ رکھنا، اور اُسے پریشان یا ناراض کرنے والی ہر امکانی چیز سے دور رکھنا چاہئے۔

غذا سادہ، مغذی اور بہ افراط ہونی چاہیئے۔ کیلشیم ایسپرین (۷ تا ۱۰ گرین) اور
کلوروٹون (۵ گرین) دن میں تین بار نفع بخش ہوتے ہیں۔ آرسینک (سم الفار)
عموماً دیا جاتا ہے، لیکن اس کا کوئی ثبوت نہیں ہے کہ اُس سے کوئی نفع حاصل
ہوتا ہے۔ نہایت تند اصابتوں میں ممکن ہے کہ ایک انفی نلی (nasal tube) کی مدد
سے غذا دینی پڑے۔ حال ہی میں پیراتھارمون (parathormone) کے اشرابات سے
جو کہ دماغی نخاعی سیال میں کیلشیم کو بڑھا دیتے ہیں، موافق نتائج حاصل ہوئے ہیں۔
دس سال کے بچہ کے لئے اس کے ۵ قطرے شب کو اور صبح دئے جاتے ہیں، اور
تین سال کے بچہ کے لئے ۳ قطرے دئے جاتے ہیں۔

التہابِ دروں قلبہ

(ENDOCARDITIS)

التہابِ دروں قلبہ، دوسرے بہت سے التہابی اعمال کی طرح، ہمیشہ خفیف
عضویوں یا اُن کے سموم کے فعل کے باعث ہوا کرتا ہے۔ عام طور پر وہ حصے جو کہ پہلے
ماؤف ہوتے ہیں قلب کے بائیں جانب کے مصراع ہوتے ہیں؛ ضرر اکثر اُن ہی تک
محدود ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بالکل زائل ہو جائے، یا اگر کوئی خفیف سے آثار
باقی رہتے ہیں تو وہ مصراعی ساخت کا نقصان ہوتا ہے، جس کے آخری نتائج تمامتر
اُس مصراع کے میکانی فشل پر منحصر رہتے ہیں۔ یہ سادہ حاد التہابِ دروں قلبہ
(acute endocarditis) ہے، اور مزمن التہابِ دروں قلبہ (chronic
endocarditis) کی اصطلاح کا اطلاق مصراعوں کے اُن مستقل تشوہات اور تغیرات
پر کیا جاتا ہے جو ایک سادہ حاد التہابِ دروں قلبہ کا نتیجہ ہوتے ہیں اور جو ممکن
ہے کہ مابعد حاد حملوں سے زیادہ خراب ہو جائیں۔ لیکن یہ اصطلاح اس التہابی عمل
کے لئے بھی استعمال کی جاتی ہے جو ابتدا ہی سے مزمن ہو۔ دوسری اصابتوں میں، معلوم ہوتا
ہیں اس سے زیادہ وسیع تغیرات واقع ہو جاتے ہیں، نیز دقیق عضویے موجود ہوتے
ہیں اور ممکن ہے کہ وہ جوڑے خون کے ذریعہ جسم کے دور افتادہ حصوں تک پہنچ جائیں،

اور اِسطرح مرض کے تازہ مرکز پیدا کردیں - اِس کو خبیث التہابِ درون قلبہ (malignant endocarditis) کہتے ہیں -

حاد التہابِ درونِ قلبہ

(acute endocarditis)

اسباب - حاد التہابِ درون قلبہ، مریضوں کی نہایت غالب تعداد میں، ایک سرایت ہے جو حاد روماتزم کے تشنّج کے باعث ہوجاتی ہے جس پر بحث کیجا چکی ہے - عموماً التہابِ عضلۂ قلب اس کے ساتھ متلازم ہوتا ہے - حمّی قرمزیہ، خناق وبائی، تپ محرقہ اور دوسرے ساری امراض میں بھی حاد التہابِ درون قلبہ واقع ہوجاتا ہے - کبھی کبھی وہ مرضِ برائٹ، آتشک اور دوسرے مزمن امراض کی ترقی کے دوران میں واقع ہوسکتا ہے - وہ مقامی تضررات، جیسے کہ سکمانما مصراع کے یا اعبال وتری کے انشقاق کے بعد، اور قلب کے ایک حصہ کی دوسرے حصے پر غیر فطری رگڑ لگنے سے بھی واقع ہوسکتا ہے - غیر طبعی روزنوں میں سے خون کی رَو وں کا گزرنا درون قلبہ کا مقامی التہاب پیدا کرسکتا ہے - کسی ساری مرض سے مرنیوالے مریضوں کے مصراعوں، بالخصوص اورطی مصراعوں پر دقیق روئیدگیوں کا نظر آنا نہایت عام ہے، اور اس سے جوئے خون کی انتہائی سرایت ظاہر ہوتی ہے -

حاد التہابِ درون قلبہ کے جداگانہ بیان کی ضرورت نہیں، کیونکہ حاد روماتزم اور دوسرے ساری امراض کے تحت اس پر بحث ہوچکی ہے -

مزمن التہابِ درون قلبہ

(chronic endocarditis)

(قلب کا مزمن مصراعی مرض)

مصراعی ضربات کا اضافی تواتر - التہاب درون قلبہ کا قلب کی دونوں جانبوں کے ساتھ کیا تعلق ہے، یہ امر بہت بڑی اہمیت رکھتا ہے - اگر التہاب درون قلبہ جنینی زندگی کے دوران میں ہو تو یقین کیا جاتا ہے کہ وہ ریوی یا ثلاثی مصراعوں

پر حملہ آور ہوگا، لیکن یہ امر بہت شاذ ہے کہ دورانِ زندگی میں اکتسابی طور پر ہونے والا التہاب درون قلبیہ صرف قلب کے دائیں جانب کے مصراعوں پر حملہ آور ہو۔ شفاخانہ گائی (Guy's Hospital) کے ... ۲۰ امتحانات بعد الممات میں ایسی مثال صرف ایک تھی۔ اس کے برعکس دائیں جانب کے التہاب درون قلبیہ کا بائیں جانب کے التہاب درون قلبیہ کے ہمراہ واقع ہونا اسقدر غیر عام نہیں ہے (18) عام ترین واقعہ یہ ہے کہ بائیں جانب کے مصراع تنہا ماؤف ہوا کرتے ہیں۔ مطرانی مصراع کا مرض اس سے زیادہ عام ہوا کرتا ہے کہ جتنا اورطی مصراع کا مرض، کیونکہ روماتزمی تپ جو کہ مطرانی مصراع پر خاص طور پر حملہ آور ہوتی ہے، مصراعی مرض کی عام ترین پیش رو ہے۔ بازروی (regurgitation) بذاتِ خود، جیسا کہ ایک اسی انکماشی خریر سے ظاہر ہوتا ہے، مطرانی دہنہ پر نہایت اکثر الوقوع واقعہ ہوتی ہے، اگرچہ اس میں شبہ ہے کہ یہ بازروی مرض مصراع کی وجہ سے ہوتی ہے یا ایک متسع مطرانی حلقہ کی وجہ سے۔ تسدد اور بازروی کا اجتماع تواتر کے لحاظ سے اس کے بعد آتا ہے، اور خالص سدودی سب سے قلیل الوقوع ہوا کرتی ہے۔ لیکن کسی بھی قسم کے مطرانی مرض کی اصابتیں جو امتحان بعد الممات کیلئے آتی ہیں ان کی اکثریت میں ضیق پائی جاتی ہے۔ یہ اس واقعہ کی وجہ سے ہے کہ ضیق مطرانی مصراع کے طویل المدت التہاب کا قدرتی نتیجہ ہوتی ہے۔ اورطی دہنہ پر بازروی اس سے بہت زیادہ عام ہوتی ہے کہ حقیقی سدودی۔ روماتزمی اصابتوں میں اورطی مرض عموماً مطرانی مرض کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ حمیٰ قرمزیہ کے بعد ہونیوالی اصابتوں میں اس سے زیادہ تعداد میں اورطی مرض ہوتا ہے کہ جتنا حاد روماتزم کے بعد ہونے والی اصابتوں میں۔ خالص اورطی مرض آتشک کے باعث ہوتا ہے اور شاذ طور پر حاد روماتزم کی وجہ سے ہوتا ہے۔ قلب کے دائیں جانب پر ثلثی بازروی جو بالکل عام طور پر ملتی ہے وہ عضلی حلقہ کے اس اتساع کے باعث ہوتی ہے جو چپ جانبی فشل کے بعد ثانوی طور پر ہوتی ہے، اور اسوجہ سے وہ فی الحقیقت ایک مصراعی ضرر ہے ہی نہیں۔

تعویضی اتساع اور بیش پرورش اولاً قلب کے اس مخصوص کہفے کو ماؤف کرتے ہیں جس کے ساتھ ماؤف شدہ مصراع تعلق رکھتے ہیں۔ تاہم جب

تعویض کا فشل واقع ہوتا ہے تو قلب کے دوسرے کہفے بھی ماؤف ہوجاتے ہیں۔ مثلاً اگر بایاں بطین متسع ہوجاتا ہے تو وہ عضلی حلقہ بھی جس سے مطرانی مصراع معلق ہے اس اتساع میں شریک ہوجاتا ہے۔ اس سے مطرانی بازروی پیدا ہوجاتی ہے۔ اس کے نتیجہ کے طور پر بائیں اُذین کا اور پھیپھڑوں کا احتقان پیدا ہوجاتا ہے اور ساتھ ہی ریوی خون کا دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ اب اس مزاحمت کو دفع کرنے کے لئے دایاں بطین بیش پرورده ہوجاتا ہے۔ اگر اس کہفہ کا اتساع واقع ہوجائے تو اس سے مثلثی بازروی اور ساتھ ہی شکمی احشاء کا احتقان پیدا ہوجاتا ہے۔ مصراعی مرض کے ساتھ اکثر عضلۂ قلب کا شحمی اور لیفی آسا انحطاط متلازم ہوتا ہے۔ یہ انحطاط اُسی سبب سے ہوسکتا ہے کہ جس نے ابتدائی مصراعی مرض پیدا کردیا ہو، مثلاً روماتزمی تپ، آتشک وغیرہ، یا یہ عضلۂ قلب کے تغذیہ کی کمی کا راست نتیجہ ہوسکتا ہے۔ آج کل اس خیال کی طرف رجحان ہورہا ہے کہ مصراعی مرض میں فشلِ قلب پیدا کردینے والا جو سب سے زیادہ اہم عامل ہے وہ عضلۂ قلب کی حالت ہے۔ اگرچہ ایسا مصراعی مرض جس کے ساتھ عضلۂ قلب کے تغیّرات نہوں ورزش کے بعد سانس پھولنے اور خستگی کے علامات پیدا کرسکتا ہے، جس سے تعویض کا اضافی فشل ظاہر ہوتا ہے، تاہم غالباً یہ صحیح ہے کہ اگر عضلۂ قلب تندرست ہے تو تعویض کا کامل فشل واقع ہونے کا امکان بمشکل ہوگا۔ اس کے ساتھ ہی یہ ضروری ہے کہ قلب پر بحیثیت مجموعی غور کیا جائے۔ فی الحقیقت یہ ناممکن ہے کہ مصراعی مرض کے اثر کو عضلۂ قلب کے تغیّرات کے اثر سے جدا کیا جائے، اس وقت جبکہ یہ دونوں ایک ساتھ موجود ہوں۔

اُورطی مرض

مرضی تشریح ۔ اورطی مصراع کے مرض کے دو خاص اسباب ہیں: اوّلاً حاد روماتزم ہے۔ یہاں اُورطی مصراعوں کا مرض ۶۲ فیصدی اصابتوں میں مطرانی مصراعوں کے مرض کے ساتھ متلازم تھا۔ ۳۸ فیصدی میں اورطی مصراع تنہا ماؤف تھے۔ ثانیاً، آتشک ہے۔ یہ مرض عموماً اوّلاً التہاب اورطی پیدا کرتا ہے، اور اسی

عمل میں اورطی مصراع بھی ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن مطرانی مصراع عموماً غیر متاثر رہتے
ہیں - ۲۹۶ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں حاد رو ماتزم ۵ ، ۶۷ فیصدی میں
وجہ مرض تھا، جن میں مرد اور عورتیں تقریباً مساوی تناسب میں تھیں آتشک (جن
آدمی ایک عورت کے پیچھے) ۶ ، ۱۸ فیصدی ہیں - اتھروما (تمام معمر مرد تھے)
۸ ، ۶ فیصدی ہیں - دیگر اسباب ۱ ، ۷ فیصدی ہیں -

مرضی تشریح - اورطی مصراعوں میں یہ تغیرات ہوتے ہیں کہ ان کے پٹوں
کے قاعدوں کی طرف لیفی بافت سے دبازت پیدا ہو جاتی ہے، ان کی آزاد کور نسبتہً
کم حد تک دبیز ہو جاتی ہے، اور ان کے نیم قطری ناپ چھوٹے ہو جاتے ہیں، جس کا
نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پٹ دہنہ کو ڈھانکنے کے لئے باہم مل نہیں سکتے - قلب کی بیش پرورش
بھی ملاحظہ ہو -

چونکہ تینوں پٹ جدا جدا ہوتے ہیں، لہذا مزمن التہاب انھیں ایک
دوسرے سے علیحدہ طور پر سکڑا دیتا ہے، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اورطی بازروی پیدا
ہو جاتی ہے، نیز بازرو جوئے خون کی رگڑ کی وجہ سے دروں قلبہ کی دبازت واقع ہو جاتی
ہے - اورطی کی دیوار پر اس جگہ جہاں مصراعی فلقے باہم ملتے ہیں ان تین نقطوں
پر کسیقدر دبازت واقع ہو سکتی ہے اور یہ فلقے عموماً ان تین نقطوں پر کسیقدر چپکے
ہوئے ہوتے ہیں لیکن اتنے کافی نہیں چپکتے کہ جس سے فتحہ کی ضیق پیدا ہو جائے -
مصراعوں کے لئے یہ کسیقدر شاذ ہوتا ہے کہ وہ باہم اتنے پیوستہ یا اتنے متکلس
یا علقی جماؤں سے اتنے دبیز ہو جائیں کہ خون کے بہاؤ میں مزاحمت پیش کریں،
مطرانی مصراع کی صورت اس سے بالکل متضاد ہے) لیکن جب ضیق موجود ہوتی
ہے تو عموماً کسیقدر بازروی بھی ہوتی ہے - استثنائی طور پر یہ التصاق (fusion)
اتنا مکمل ہوتا ہے کہ اورطی کے اندر خون کے گذرنے کے لئے صرف ایک چھوٹا منفذ
رہ جاتا ہے، اور پھر بھی مصراع بخوبی بند ہو سکتا ہے - دوران خون پر متواتر اور مسلسل
زور پڑتے رہنے سے، بالخصوص ہاتھوں کے زیادہ استعمال سے، جیساکہ آہنگروں
آرہ کشوں، اور محنتی پیشہ کرنے والے دوسرے اشخاص میں واقع ہوتا ہے، ممکن ہے
یہ ضررات زیادہ شدید ہو جائیں - بعض اوقات ایک مصراع کا اسوقت جبکہ

268

وہ التہاب سے نرم پڑ گیا ہو تا گہانی انشقاق واقع ہو جاتا ہے۔

اُورطی ضیق

(aortic stenosis)

امراضیات ۔ کوہنہیم (Cohnheim) کے اُن تجربات میں جو جانوروں پر کئے گئے، اُورطی کے گرد ایک بندش لگا کر اُسے بتدریج کس دیا گیا۔ اِس ضرر کی تعویض بطین کے عضلی انقباضات کی طاقت بڑھ جانے سے واقع ہوئی، بالفاظِ دیگر قلب کی فی منٹ برآمد، اور شریانی اور وریدی دباؤ وہی رہے، لیکن درون بطینی دباؤ بہت زیادہ بڑھ گیا، شرحِ قلب سُست ہو گئی، اور قلب کی اُس کوشش میں جو وہ اپنے مافیہا کو اِس مصنوعی طور پر بڑھی ہوئی مزاحمت کے مقابلہ میں باہر نکالنے میں صرف کرتا ہے، بطین کے انقباض کی حقیقی مدت زیادہ ہو گئی۔ قلب کا ناگہانی فشل صرف اُسی وقت واقع ہوا جبکہ ضیق ایک خاص حد تک پہنچ گئی۔

بالکل یہی حالات مرض سے پیدا شدہ اورطی ضیق میں بھی موجود ہوتے ہیں، بہ استثناء اِس کے کہ یہاں ضرر بتدریج ہوتا ہے، جس سے قلب کو توافق حاصل کر لینے کا وقت مل جاتا ہے۔ وہ زائد کام جو قلب کے ذمہ عائد ہو جاتا ہے بائیں بطین کی اوّلی بیش پرورش پیدا کر دیتا ہے۔ ایک غیر ترقی پذیر ضرر کی حالت میں یہ بیش پرورش خود اتنی کافی ہوتی ہے کہ ہر انکماش کے وقت بطین کو تنگ فتحہ کی راہ سے مکمل طور پر خالی کر دے۔ صرف اُسوقت جبکہ تعویض کا فشل واقع ہونا شروع ہوتا ہے، بطین کا اتساع ہوتا ہے، اور یہ اتساع قلب کے دوسرے کہفوں میں پھیل جاتا ہے۔

علامات ۔ خالص اورطی ضیق میں [illegible] بیان کردہ وجوہات کی بنا پر ایک استثنائی حالت ہے، زیر انکماشی ہوتا ہے۔ وہ بعض دائیں بین ضلعی فضا میں عظم القص کے قریب سنائی دیتا اور گردن کی [illegible] ہوتا اور سباتی شریانوں میں سنائی دیتا ہے۔ [illegible] ایک کرخت انکماشی ذبذبہ محسوس ہوتا ہے [illegible]

خون کی رَو میں ایک رکاوٹ حائل ہونے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نظامی شرائین کے دموی عمود پر بطینی انقباض کا پورا اثر نہیں پڑ سکتا، اور یہ محسوس کیا جا سکتا ہے کہ نبض کی ناگہانی مفقود ہو گئی ہے اور وہ بالکل آہستہ آہستہ اٹھتی ہے۔ ایسی حالت میں ترسیم نبض شماوقی ہوتی ہے، یعنے فرعی موج اپنے بعد کی جزری موج کی نسبت نیچی ہوتی ہے اور جزو صاعد پر ایک ارتفاع کے طور پر ظاہر ہوتی ہے۔ اِس شکل کی انتہائی قسم میں یہ موج گول بن جاتی ہے یا بالکل غیر موجود ہوتی ہے، اور اس کی ترسیم اُس ترسیم سے مشابہ ہوتی ہے جو صفحہ 308 پر شکل ۱۴ الف میں دکھلائی گئی ہے۔ جس کرنے پر یہ نبض غیر کثیر الوقوع اور سست رفتار (نبض بطی = pulsus tardus) ہوتی ہے۔ جب اورطی ضیق کامل طور پر تعویض یافتہ ہو تو ممکن ہے کہ مریض میں کوئی علامت نہو۔ دوسری اصابتوں میں سینہ میں درد اور ضیق کا احساس دیکھنے میں آسکتا ہے۔ جب تعویض کا فشل ہونا شروع ہوتا ہے تو سانس کا پھولنا اور وریدی امتلاء کے آمارات مشاہدے میں آتے ہیں۔

اُورطی بازروی

(aortic regurgitation)

امراضیات ۔ اگر کسی جانور میں ایک اُورطی مصراع کو تجربتہً متضرر کیا جائے تو جیسا کہ اُورطی ضیق میں ہوا کرتا ہے، تعویض فی الفور واقع ہو جاتی ہے ۔ قلب کی برآمد غیر متاثر رہتی ہے، اور وریدی دباؤ غیر متغیر رہتا ہے۔ تاہم انکماشی دباؤ بہت زیادہ اور انبساطی دباؤ بہت کم ہو جاتا ہے، اور اِن دونوں دباؤں کے درمیان کا اوسط تقریباً اُتنا ہی رہتا ہے جتنا کہ پہلے تھا۔

یہ پایا گیا ہے کہ طبعی انسانی قلب بحالتِ آرام شریانی نظام کو فی منٹ خون کے تقریباً ۶ لیٹر (یا سرسری طور پر فی ضرب ۸۰ سی-سی) پہنچاتا رہتا ہے۔ یہ وہ مقدار ہے جو خود قلب، دماغ اور دوسرے اعضاء کے تغذیہ کے لئے ضروری ہے۔ دورانِ ورزش میں فی منٹ ۱۲ لیٹر قلب کے اندر ہو کر گذرتے ہیں۔ فرض کیجئے کہ اورطی مصراع کی عدمِ کفایت (incompetence) کا نتیجہ یہ ہو کہ باہر بھیجے ہوئے

خون میں سے آدھا خون ہر انبساط کے دوران میں بائیں بطین کے اندر واپس چلا جاتا ہو۔ ایسی صورت میں، چونکہ تعویض یافتہ ضربوں میں قلب کی شرح وہی رہتی ہے، لہذا قلب کے ۶ لیٹر فی منٹ خون کی رسد قائم رکھنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ ہر ضرب پر اورطی مصراعوں کی راہ سے ۱۶۰ سی ۔سی باہر بھیجے جائیں ۔ اس کے یہ معنے ہیں کہ بائیں بطین کو بجائے ۸۰ سی ۔سی کے ۱۶۰ سی سی کی گنجائش مستقلاً رکھنی چاہیئے ۔ اسی واسطے اورطی بازروی میں بائیں بطین کا اوّلی اتساع واقع ہوجاتا ہے ۔ لیکن اسی کے ساتھ عضلی دیوار کی ایک ثانوی جیش پرورش بھی واقع ہوجائیگی، کیونکہ بائیں بطین کا کام بڑھ گیا ہے اور اب اُسے شرائین میں کے دباؤ کے مقابلہ میں اورطی مصراع کی راہ سے بجائے ۸۰ سی ۔سی کے ۱۶۰ سی ۔سی خون باہر بھیجنا پڑتا ہے ۔

و

دورانِ ورزش میں نہ صرف قلب زیادہ سرعت کے ساتھ ضرب لگاتا ہے بلکہ خون کا حجم جو ہر ضرب کے ساتھ باہر نکلتا ہے وہ بھی زیادہ ہوجاتا ہے۔ فرض کیجئے کہ ہر ضرب کے ساتھ کی برآمد دوگنی ہوجاتی ہے، تو ایسی صورت میں بازروی کی اصابتوں میں قلب کو ہر ضرب کے ساتھ بجائے ۱۶۰ سی ۔سی کے جو طبعی حالت میں باہر نکلتے ہیں، اب ۳۲۰ سی ۔سی نکالنے پڑینگے ۔ یہ عارضی اتساع امراضیاتی حالتوں میں غالباً اس سے بہت زیادہ ہے جتنا ایک قلب میں اس کی گنجائش ہے ۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب خون کی یہ مطلوبہ مقدار بہم پہنچانے کے ناقابل ہوجاتا ہے ۔ اس سے ایسے ضربات میں قلب کی محفوظ قوت کے ضیاع کی مثال ملتی ہے جو بحالتِ سکون کامل طور پر تعویض یافتہ ہوتے ہیں ۔

ب

شکل ۴۰ ۔ الف ۔ اورطی بازروی کی نبض ۔ دباؤ ۳ اونس ۔ ب ۔ اورطی بازروی کی نبض ۔ دباؤ ½۴ اونس ۔

طبیعی امارات۔ اورطی بازروی کی اصابتوں کی ممیز خصوصیت وہ خریر ہے
جو پہلے بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 221)۔ بعض اوقات یہ خریر صرف ایک چوٹی
سماع الصدر کی وساطت سے یا دیوار سینہ پر کان کو راست لگانے سے سنا جاسکتا
ہے۔ کبھی کبھی یہ بالکل سنائی نہیں دیتا۔ ایک اورطی انبساطی خریر کے ساتھ نہایت
عام طور پر اورطی رقبہ میں ایک انکماشی خریر ہوتا ہے جو اوپر کو گردن میں تعاقب پذیر
ہوتا اور نام نہاد پیٹش لیسی خریر بناتا ہے۔ اس سے یہ مراد نہیں کہ متلازم ضیق
بھی موجود ہے، تاوقتیکہ اس کے دوسرے امارات نہوں، مثلاً ایک ذبذبہ، یا ایک شہوقی
یا دوضربی نبض (bisferiens pulse) کیونکہ کرخت یا ناہموار مصراع دوران انکماش
میں ایک منجدھار (fluid vein) اور گردابی رَوئیں پیدا کرسکتے ہیں، بلا اس کے کہ
کوئی ضیق موجود ہو اورطی بازروی کا مثالی خریر اکثر اوقات ایک انبساطی یا قبل انکماشی
خریر کے ساتھ بھی متلازم ہوتا ہے، جو راس پر سنا جاتا ہے، حالانکہ مطرانی مصراع
بالکل تندرست ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس خریر کے ساتھ ایک ذبذبہ بھی ہو۔ اس
تلازم کو فلنٹ (Flint) نے ۱۸۶۲ء میں بیان کیا تھا، چنانچہ یہ خریر اسی کے نام
سے منسوب ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 261)۔ اورطی بازروی میں قلب قسیع اور بیش پرورده
ہوتا ہے، اور صدم نیچے کی طرف اور قدرے باہر کو منتقل ہو جاتا ہے۔

انکماشی دباؤ نبضی فشار پیما (sphygmomanometer) سے امتحان کرنے
پر اکثر بڑھا ہوا پایا جاتا ہے، اس کے برعکس انبساطی دباؤ نہایت کم ہوتا ہے۔ واقعہ 270
یہ ہے کہ اسوقت جبکہ بازوبند میں کوئی دباؤ نہو عضدی شریان پر ایک بلند انکماشی
خریر کا سنائی دینا بالکل عام ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ انبساطی دباؤ گر کر صفر تک
آجاتا ہے۔ جب کبھی کسی مریض کے امتحان میں انبساطی دباؤ ۵۰ ملی میٹر سے نیچے
پایا جائے تو یہ واقعہ اورطی بازروی کے امکان کی بڑی دلالت ہے۔ اورطی بازروی
میں یہ بھی پایا جاتا ہے کہ انکماشی دباؤ عضدی شریان کے نسبت فخذی شریان میں
زیادہ بلند درجہ کا ہوتا ہے۔ موج نبض کے یکایک صعود کرنے اور ساتھ ہی یکایک
نزول کرنے سے انگلی کو ایک عجیب حِس حاصل ہوتی ہے، جو مختلف ناموں سے
ظاہر کی جاتی ہے جو اس قسم کی نبض کو دیئے گئے ہیں، مثلاً رفسی (kicking)

رشحی (splashing)، مطرقی (water-hammer) اور طلقی (shotty)۔ اسے نبض سریع (pulsus celer) بھی کہتے ہیں۔ شریانوں میں انبساط اور انقباض کے ناگہانی اور وسیع حرکات سارے جسم پر نمایاں اثرات پیدا کر دیتے ہیں۔ گردن کی رگیں پھڑکتی ہوئی دکھلائی دیتی ہیں اور اکثر درد کے ساتھ پھڑکتی ہیں، اصبعی شریانیں (digital arteries) غیر معمولی طور پر صاف محسوس کی جا سکتی ہیں، اور چشم بین کے ذریعہ سے شبکیتی شرائین کا نبضان بہ آسانی نظر آ سکتا ہے۔ اس کی توجیہ حسب ذیل ہے:۔ شریانی انبساطی دباؤ ادنیٰ درجہ کا ہوتا ہے، اور اس دباؤ کے خلاف بیش پرورد قلب خون کے ایک غیر معمولی طور پر بڑے حجم کو تیز شرح سے باہر بھیجتا ہے، جس سے ایک غیر معمولی طور پر بلند درجہ کا انکماشی دباؤ پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ دباؤ سرعت کے ساتھ گر کر کم ہو جاتا ہے، کیونکہ قلب جس سرعت کے ساتھ اپنے مافیہ کے آخری حصے کو اورطی کے اندر خالی کرتا ہے خون اُس کی نسبت زیادہ تیزی کے ساتھ محیط کے اندر چلا جاتا ہے۔ یہ ناگہانی اور سریع سقوط ایک ٹپکنے والے مصراع کی راہ سے قلب کے اندر خون واپس چلے جانے کی وجہ سے نہیں ہوتا (گو ادنیٰ انبساطی دباؤ اسی وجہ سے ہوتا ہے) کیونکہ یہ سقوط دوضربی کٹاؤ سے پہلے واقع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۴۰ الف)۔ ایسا ہی ایک مظہر سر کے لَے دار جھٹکوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو نبض کے ساتھ ہمزمان ہوتے ہیں (امارت مسیٹ: signe de Musset)۔ یہ اورطی بازروی کے ساتھ مخصوص نہیں، بلکہ اورطی انورسما میں اور بڑے پلورائی انصبابات میں بھی واقع ہوتا ہے۔

اورطی عدم کفایت (aortic incompetence) شعری نبضان بھی پیدا کر سکتی ہے۔ یہ ناخنوں کے نیچے، گالوں میں، یا متسع عروق شعریہ کے اُس رقبہ میں دیکھا جا سکتا ہے جو سطح پیشانی پر ایک تیز نوک کھینچنے سے پیدا ہو جاتا ہے، یا اُلٹائے ہوئے نیچے کے لب کی غشائے مخاطی پر ایک خردبینی شیشہ کا شریحہ دبانے سے۔ دونوں حالتوں میں زیر مشاہدہ عروقی رقبہ ہر ضرب قلب کے ساتھ متبادلاً زیادہ سیاہ اور زیادہ شاحب ہو جاتا ہے۔

علامات۔ اورطی بازروی کے علامات مطرانی مرض کے علامات سے نمایاں طور پر مختلف ہوتے ہیں۔ یہ اِس واقعہ کی وجہ سے ہے کہ قلب سے حاصل

ہونے والی تنفسی رسد اس وقت کم ہوجاتی ہے جبکہ ابھی پھیپھڑوں میں کوئی امتلاء واقع نہیں ہوتا۔ اول الذکر ایسے علامات پیدا کردیتی ہے جو دماغی عدم دمویت کی طرف منسوب ہوسکتے ہیں، اور اس سے دوران سر اور غشی کے ناگہانی حملے ہوتے ہیں۔ بیخوابی اور اور ناک سے خون بہنا دوسرے عام علامات ہیں۔ مریض اکثر علیہم اللہ ہوتے ہیں، اُن کا چہرہ اور لب اور مخاطی اغشیہ مشاعب ہوتے ہیں۔ سانس کا پھولنا اکثر نہیں ہوتا۔ اکثر اوقات یہ پہلے پہل رات کے وقت دوری حملوں یا چین اسٹوکس تنفس کی صورت میں نمودار ہوتا ہے، جو کہ چپ جانبی فشل اور نتیجۃً ریوی احتقان کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 252)۔ بعد میں اگر سارا قلب فشل پذیر ہونا شروع ہو تو وریدی امتلاء کے تمام علامات و امارات ظاہر ہوجاتے ہیں۔ تحت القص درد اور کی بازروی میں عام ہے، اور ذبحۂ صدریہ کے مثالی حملے واقع ہوسکتے ہیں۔ مریض کبھی کبھی غشیان کے ناگہانی حملوں سے مرجاتے ہیں اور ممکن ہے کہ یہ قلب کے تابعی امتناع کے باعث ہوتے ہیں۔

مطرانی مرض

(mitral disease)

مرضی تشریح۔ مطرانی مرض کا معمولی سبب حاد روماتزم یا دوسری خفی سمی سرایت ہے، نہ کہ آتشک۔

التہابی تغیرات دراصل ان تغیرات سے مماثل ہیں جو حاد روماتزم کی وجہ سے اورطی مرض میں پیدا ہوجاتے ہیں، لیکن نتائج مصراع کی ساخت کی وجہ سے بالکل مختلف ہوتے ہیں۔ مطرانی مصراع کے دو پٹوں کا ذکر کرنا فی الحقیقت ایک غلط طرز بیان ہے۔ مطرانی مصراع دراصل ایک جھالر یا پردہ ہے جو دہنہ کو گھیرے ہوئے ہے، اور یہ ایک جانب پر زیادہ نمو یافتہ ہوکر مطرانی مصراع کا اورطی پٹ بنا دیتا ہے لیکن نام نہاد حاشئی پٹ ایک جداگانہ ساخت کے طور پر کبھی موجود نہیں ہوتا۔ التہاب اس مصراع کی دبازت اور اس کا اوپر سے نیچے کو قصر پیدا کردیتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس کے بند ہونے پر پورا توافق نہیں ہوتا اور بازروی پیدا ہوجاتی ہے۔ لیکن میلی طور پہ کبھی

مصراع کا قصر واقع ہو جاتا ہے، جس سے ضیق پیدا ہو جاتی ہے، اور التہاب جس قدر زیادہ عرصہ تک جاری رہتا ہے ضیق اُسی قدر زیادہ ہوتی ہے۔ تصرکی یہ دونوں قسمیں اکثر ساتھ ساتھ موجود ہوکر ایک دوہرا ضرر پیدا کر دیتی ہیں۔ خفیف التہاب اتنا کافی محیطی قصر نہیں پیدا کریگا کہ جس سے سریریاتی ضیق پیدا ہو جائے، گو اُس سے بازروی پیدا ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ شدید التہاب تنہا بازروی، یا تنہا ضیق پیدا کر دے، یا زیادہ عام طور پر دونوں کو بیک وقت پیدا کر دے۔ ضیق کی موجودگی ہمیشہ مصراع کی شدید سرایت ظاہر کرتی ہے۔ بعد الممات امتحان بھی ظاہر کرتا ہے کہ مطرانی مرض میں احبال وتری موٹے اور چھوٹے ہوگئے ہیں، حقیقۃً اتنے چھوٹے کہ مصراعی پردہ عضلات حلیمیہ کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے، اور وہ خود بھی لیفی تغیر سے ماؤف ہوتے ہیں۔ ضیق کی بعض اصابتوں میں محیطی قصر واقع ہوتا ہے بغیر اس کے کہ اوپر سے نیچے کی طرف زیادہ قصر واقع ہو۔ دوسری اصابتوں میں دونوں قسموں کا قصر موجود ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مصراع کی کثیف سطح میں اُذینی جانب پر صرف ایک تنگ جھری نظر آتی ہے۔ اس طرح قیف نما اور کاج نما دہنوں کی تفریق کی جاتی ہے، اور اول الذکر بچوں میں نسبتۃً بہت زیادہ اکثر الوقوع معلوم ہوتا ہے [۲ اور ۱ کی نسبت میں البٹ (Allbutt)] اور آخر الذکر بالغوں میں (۲۵ اور ۱ کی نسبت سے)۔

مطرانی ضیق کو مزمن سرایت یا مصراع پر حاد سرایت کے مکرر حملوں کا نتیجہ سمجھنا چاہیئے، جو پٹوں کا انضمام تقبض اور دبازت پیدا کر دیتے ہیں۔ اس کی نمو یابی کے لئے چند سال کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس سے اِس واقعہ کی توضیح ہوتی ہے کہ وہ بچوں میں اکثر نہیں پائی جاتی، اگرچہ وہ بلوغ کے بعد سے پائی جاتی ہے۔ اِس کے برعکس مطرانی بازروی مصراعی التہاب کی کم شدید شکل ہے جو کہ حاد روماتزم کی ہی وجہ سے ہوتا ہے۔

علامات اور طبیعی امارات۔ بعض عام علامات اور امارات ایسے ہوتے ہیں جو بڑی حد تک وریدی امتلا کا نتیجہ ہوتے ہیں، اور مطرانی بازروی اور ضیق دونوں میں مشترک ہوتے ہیں، اور یہاں انھیں پر غور کیا جائے گا۔ ابتدائی علامات

بالخصوص ورزش کے بعد دیکھے جاتے ہیں ۔ وہ سانس کا پھولنا اور خستگی کا احساس ہے
ان پر قلب کے مقام پر درد، اختلاج، اور پاؤں کے ورم کا اضافہ کیا جا سکتا ہے ۔
اور ممکن ہے کہ یہ ابتدائی درجہ کئی سال تک جاری رہے ۔ مابعد درجہ سے پہلے ایک
برزخی درجہ کا وقوع اکثر فعل قلب کی بیقاعدگی کی بیان کردہ شکلوں میں کسی ایک شکل
(مثلاً قبل از وقت ضربات، اور بالخصوص اُذینی ریشئی انقباض) کے ساتھ ہمزمان طور
پر واقع ہوتا ہے، اور اب نبض، جو پہلے منتظم اور کسیقدر کثیر الوقوع تھی، توازن اور
قوت دونوں میں بہت غیر منتظم ہوجاتی ہے ۔ جب مابعد درجہ آپہنچتا ہے تو علامات
بڑی حد تک دوران خون کے اختلال کا اور سیلان خون کے ابطاء کا نتیجہ ہوتے ہیں،
جس کے اثرات جسمانی اعضاء پر بیان کئے جا چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 252) ۔ اسطرح
پھیپھڑوں کے مجہول امتلاء کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ مریض کھانسی، مخاطی نفث، اور گاہ بگاہی
نفث الدم میں [جو متذکرۂ بالا ریوی انغامات (pulmonary infarcts) سے پیدا
ہوسکتا ہے]، شبانہ یا مسلسل انتصابی تنفس میں، اور خفیف ترین زور لگانے پر بُہر میں
مبتلا ہوجاتا ہے ۔ امتحان کرنے پر دایاں اُذین وسیع پایا جائیگا، اور ساتھ ہی اُسکی آواز
میں کمی اور عظم القص سے ایک انچ یا زائد داہنے طرف کو نبضان ہوگا ۔ ریوی رقبہ میں
دوسری آواز میں تفخیم ہوجائیگی اور شراسیفی نبضان سے دائیں بطین کی بیش پرورش
ظاہر ہوگی ۔ پھیپھڑوں کے قاعدوں پر تکتکات سنائی دینگے، اور ترقی یافتہ اصابتوں
میں اصمیّت پائی جائے گی اور ساتھ ہی جوفیزی خریر میں کمی اور لمسی ارتعاش میں کمی ہوگی
لبوں، گالوں، کانوں اور اطراف کے گہرے سرخ رنگ یا حقیقی زراق سے، گردن کی
بڑی وریدوں کی پُری اور نبضان سے، اور استسقائے لحمی کے وقوع سے عام وریدی
رکود ظاہر ہوتا ہے ۔ ممتلی جگر بڑا اور چکنا ہوتا ہے اور شاید ناف کے لیول تک پہنچتا
ہے، اور اگر اسکا امتلاء حاد طور پر ہوا ہے تو ممکن ہے کہ یہ دردناک ہو، اور اس میں
نبضان ہوتا ہے ۔ جلد کسیقدر یرقانی ہوتی ہے، پیشانی کی زرد جھلک لبوں اور
گالوں کی گہری سرخی کے ساتھ ملکر مریض کی شکل و صورت کو نہایت ممیز بنا دیتی ہے
سوء ہضم کے علامات بھی ہونگے ۔ گردوں کا افراز بھی متاثر ہوجاتا ہے اور بول
قلیل المقدار، شائد گھٹ کر روزانہ ۱۰ یا ۱۵ اونس ہوجاتا ہے، اُس کا رنگ گہرا ہوتا

ہے، وہ یوریٹس کی بڑی مقداروں کو مطروح کرتا ہے اور اس میں البیومن اور فائبرینی
سانچے موجود ہوتے ہیں۔ البیومن کی مقدار عموماً تھوڑی ہوتی ہے اور قلب کی کارکردگی
کے ساتھ معکوس تناسب میں متغیر ہوتی ہے۔ غنودگی یا بے چینی سے، اور ترقی یافتہ
اصابتوں میں کبھی کبھی ہذیان ہونے سے، دماغ کے دوران خون کا متاثر ہونا ظاہر
ہوتا ہے۔ بالآخر فشل قلب سے، اذیمائی شُش اور خستگی سے، یا خبیث التہاب دروں قلبیہ
یا دوسری پیچیدگی سے موت واقع ہوجاتی ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 275)۔

مطرانی بازروی

(mitral regurgitation)

امراضیات۔ چونکہ ہر انکماش کے ساتھ خون بائیں اُذین کے اندر واپس
جاتا ہے، لہٰذا اس ضرر کی تعویض بائیں بطین اور بائیں اُذین کے اوّلی اتساع سے
ہوتی ہے، جس کی وجہ درج ذیل ہے:۔ دورانِ انکماش میں اُذین کے اندر وہ خون
داخل ہوتا ہے جو مطرانی مصراع کی راہ سے پھر واپس ٹپک آتا ہے، لیکن ساتھ ہی
اُذین میں خون کا وہ مقررہ طبعی حصہ بھی پہنچ جاتا ہے جو اُسے پھیپھڑوں سے ملتا ہے۔
لہٰذا اس کا متسع ہوجانا ایک ضروری امر ہے۔ یہ تمام خون بطین کے اندر چلا جاتا ہے،
اور اسے قبول کرنے کے لئے بطین کا متسع ہونا بھی ایک لازمی امر ہے۔ اُذین اور
بطین کو پُر کرنے میں جو زائد از معمول کام پیش آتا ہے وہ بڑی حد تک دائیں بطین کو
انجام دینا پڑتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دایاں بطین ثانوی بیش پرورش
حاصل کرلیتا ہے، جس سے اُس کے اندر زیادہ خون سما سکتا ہے اور ہر ضرب
کے ساتھ اورطی میں اُس کا پورا حصہ پہنچ سکتا ہے۔ بائیں بطین کی بیش پرورش
اتنی بیّن نہ ہوگی جتنی کہ اورطی بازروی میں ہوتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اُس خون
کے متعلق جو بذریعہ بازروی اُذین کے اندر واپس چلا جاتا ہے کوئی کام انجام نہیں
دیا جائیگا، کیونکہ اُذین میں دباؤ کم ہوتا ہے۔

طبیعی امارات یہ ہوتے ہیں:۔ صدم القلب کا باہر کی طرف ہٹ جانا،
پھونکدار انکماشی خریر جو راس پر بلند ترین سنا جاتا ہے، اور پہلے بیان ہو چکا ہے۔

مطرانی ضیق

(mitral stenosis)

امراضیات ۔ خاص مطرانی مصراعی ضیق میں قلب پر اولی اثر بائیں اُذین کی بیش پرورش ہے، لیکن کچھ عرصہ کے بعد یہ اتساع بھی پیدا کر دیتی ہے، بالخصوص جبکہ ابتدائی فشل قلب بھی موجود ہو دایاں بطین بیش پروردہ ہو جاتا ہے، جس سے ریوی نظام میں فشارِ خون کا ارتفاع پیدا ہو جاتا ہے۔ جو تنگ شدہ مصراع کی مزاحمت کا مقابلہ کرتا ہے۔ جب تعویض کا فشل شروع ہوتا ہے تو نہ صرف پھیپھڑوں میں امتلا واقع ہو جاتا ہے، بلکہ بائیں بطین کو بھی خون اُس کی طبعی مقدار سے کمتر پہنچتا ہے۔ یہ کہفہ نسبتہً چھوٹا ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ بطینی دیوار کسی حد تک حقیقتہً مذبول ہو جائے اور طویل المدت اصابتوں میں اور طی معمول کی نسبت چھوٹا ہو جاتا ہے۔ مطرانی ضیق کی بیشتر اصابتوں کے ساتھ کسیقدر مطرانی بازروی بھی موجود ہوتی ہے۔

طبیعی امارات ۔ مطرانی ضیق کے خریرات اور اُن کا طریقِ پیدائش بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 221)۔ وہ اکثر راس کے مقام پر محدود ہوتے ہیں اور عموماً اُن کے ساتھ ایک ذبذبہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 217)۔ خریرات کا تغیر بالاختصار درج ذیل ہے:۔ جب قلب سست رفتاری سے ضرب لگاتا ہو اور ضیق خفیف ہو تو بیش پرورش اُذین کے سبب سے ایک اذینی انکماشی خریر سنائی دیتا ہے۔ جب ریشکی انقباض طاری ہو جاتا ہے تو یہ خریر بکلّی غائب ہو جاتا ہے۔ اگر قلب کا فعل سست لیکن ضیق نسبتہً زیادہ ہو تو سارے انبساط کے دوران میں خریرات سنائی دیتے ہیں، جو وسط انبساطی اور اُذینی انکماشی خریرات ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ وسط انبساطی اور اُذینی انکماشی خریرات ایک ہی مریض میں اکثر مرتبہ تبادل کرتے ہیں۔ اِن میں سے ہر ایک کی بجائے ایک بظاہر متضاعف دوسری آواز پیدا ہو سکتی ہے جو راس پر سنائی دیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 218)۔ اُذینی ریشکی انقباض کی حالت میں، جب ضربات کے درمیان کا وقفہ طویل ہوتا ہے تو خریرات انبساط کے اولی حصوں میں واقع ہوتے ہیں، اور جب وقفہ مختصر ہوتا ہے تو خریرات پورے انبساطی فاصلہ میں موجود

رہتے ہیں ۔طبعی لَے اور اُذینی رشکی انقباض ہرصورت میں جب فعلِ قلب تیز ہو تو خریرات پورے انبساطی فاصلہ میں واقع ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، لیکن اکثر اُن کا سننا ہی نہایت مشکل ہوتا ہے ۔ممکن ہے کہ محض پہلی آواز شدت کے ساتھ مفخم ہو، اور دوسری آواز اس پرسنی ہی نہ جاسکے ۔

ابتدائی درجوں میں قلب کی کلانی موجود نہیں ہوتی، لیکن آخری درجوں میں جبکہ یا تو مثلثی (tricuspid) یا مطرانی بازروی طاری ہوجاتی ہے، عمومی کلانیٔ قلب واقع ہوجاتی ہے ۔

علامات ۔مطرانی ضیق اکثر بالکل ابتدا ہی میں، پھیپھڑوں کی امتلاء کی وجہ سے نفث الدم پیدا کردیتی ہے، اور دماغی عدم دمویت کے باعث دوران سر اور غشی کے حملے بھی، اور مطرانی بازروی کی نسبت زیادہ اکثر فالج نصفی (hemiplegia) کا سبب ہوا کرتی ہے، اور یہ فالج دماغی شرائین کی سدادیت کے باعث ہوا کرتا ہے ۔سدادت دائیں اُذین میں عَلَقات ہوجانے کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے، جو مرض کے آخری درجوں میں خون کے رکود کے سبب سے بنجاتے ہیں ۔دوسرے عام علامات بیان کئے جاچکے ہیں ۔

273

یمینی مصراعی مرض

مُثَلَّثی بازروی (tricuspid regurgitation) ۔اگرچہ مثلثی عدم کفایت ایک نہایت عام حالت ہے، وہ عموماً دائیں بطین کے اتساع کی وجہ سے ہوا کرتی ہے، جو مطرانی مرض، ریوی ضیق (pulmonary stenosis)، عضلۂ قلب کے مرض، اور پھیپھڑوں میں تسدد پیدا کردینے والی دوسری حالتوں (نفاخ، التہابِ شعبہ دمہ، یعنی سلِ ریوی) کے ساتھ متلازم پایا جاتا ہے ۔اس سے بھی زیادہ شاذ طور پہ وہ ویسے ہی عضوی مرض کے باعث ہوا کرتی ہے جیسا کہ مطرانی مصراع پر حملہ آور ہوتا ہے ۔اُس کے ساتھ عموماً دائیں اُذین کے اتساع کے ظواہر، اور مختلف درجہ کا اُذیما، استسقائے کلی اور وریدی امتلاء موجود ہوتے ہیں جن سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ دائیں قلب اور پھیپھڑوں میں خون کی واپسی میں دقت موجود ہے ۔اِن کا بیان

پہلے ہی مطرانی مرض کے اواخری علامات کے تحت درج ہو چکا ہے۔ مثلثی بازروی کا خریر پہلے بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 222)۔ بعض اوقات اُس کے ساتھ عظم القص کے زیریں سرے پر ایک انکماشی ذبذبہ موجود ملتا ہے۔ اندرونی وداجی ورید کا وہ نبضان، جو ان حالات میں ہوا کرتا ہے، ممکن ہے کہ نہایت نمایاں ہو، اور گردن کی جانب پرساتی شریان کے پرے پیچھے کو، کان اور ترقوی ہڈی کے درمیان، ارتفاع وانخفاض کی ایک تموّجی حرکت پیدا کردے۔ ممکن ہے کہ بیرونی وداجی ورید بھی ساتھ ساتھ نبضان ظاہر کرے۔ دائیں بطین کے انقباض کا زور کبدی وریدوں میں بھی منتقل ہو کر کبدی وریدی نبض (hepatic venous pulse) یا کبدِ نابض (pulsating liver) پیدا کر سکتا ہے۔ یہ عضو عموماً بہت بڑا ہو جاتا ہے اور اپنی ساری سطح پر پھڑکتا ہوا محسوس کیا جا سکتا ہے۔ اور یہ نبضان بعض اوقات پیچھے کو دائیں کوکھ میں آخری پسلی کے نیچے بھی منتقل ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سامنے اور پیچھے رکھے ہوئے ہاتھوں کے درمیان جگر پھیلتا ہوا محسوس کیا جا سکتا ہے۔

مُثلثی ضیق (tricuspid stenosis) نسبتہً کم عام ہے، اور عموماً دوسرے کسی مصراع کے مرض، بالخصوص مطرانی ضیق، کے ساتھ مشاہدہ میں آتا ہے۔ مثلثی بازروی میں جو علامتیں دیکھی جاتی ہیں اُن کے علاوہ علامات کا اور کوئی خاص گروہ اس کے سبب سے نہیں پیدا ہوتا۔

ریوی مصراعات کا مرض اگر زیادہ مدت کا ہو تو بیشتر پیدائشی ہوتا ہے، اور اگر حاد ہو تو خبیث التہاب درون قلبہ (malignant endocarditis) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اول الذکر صورت میں ریوی ضیق (pulmonary stenosis) جو درون بطینی فاصل کے انثقاب کے ساتھ متلازم ہو، ایک عام حالت ہوا کرتی ہے اور بعد میں بیان کی جائے گی (ملاحظہ ہوں پیدائشی تشوہات)۔

ریوی بازروی (pulmonary regurgitation) بعض اوقات مطرانی مرض کے نتیجہ کے طور پر واقع ہوتی ہے، کیونکہ مصراعات شریان ریوی میں کے بڑے دباؤ کے متحمل نہیں ہو سکتے۔ عظم القص کی بائیں جانب کے برابر ایک انبساطی خریر سنائی دیتا ہے۔

خبیث التہاب درون قلب، ریوی دہنہ پر بھی اور طی مرض کے خریر جیسا ایک دُہرا خریر (انکماشی اور انبساطی) پیدا کرسکتا ہے، اور یہ علی الترتیب خریرات پہلے بیان کیا ہوا محل وقوع رکھتے ہیں۔ ایسی اصابتوں میں جو علامات ظاہر ہوتے ہیں اُن کی تفصیل پہلے درج ہو چکی ہے (ملاحظہ ہو خبیث التہاب درون قلب)۔

مزمن مصراعی مرض کی تشخیص، انذار اور تجربہ

تشخیص۔ مصراعی مرض قلب کی تشخیص میں بہت سے سوالوں پر غور کرنا پڑتا ہے۔ اِس امر کی تعیین کرنی پڑتی ہے کہ:۔ (۱) آیا خریر ایک مصراعی ضرر کے باعث ہے یا اور کسی درون قلبی یا برون قلبی سبب کی وجہ سے۔ اول الذکر میں عضلی دیوار کا تغیر بھی شامل ہے۔ (۲) خریر کس دہنہ پر پیدا ہوتا ہے، اور اگر دو خریر ہیں، تو آیا اُن میں سے ایک خریر کا انحصار دوسرے پر ہے۔ اور (۳) یہ کہ قلب کی فعلی قابلیت یعنے ورزش کرنے پر قلب کی مجیبیت کیسی ہے اور اس کے متعدد کہفوں کی حالت کیا ہے۔ قلب کے محل وقوع، فعل، اور مصراعی کارکردگی کے متعلق نہایت اہم معلومات آنکھ اور ہاتھ کے ذریعہ حاصل کئے جاسکتے ہیں، اور انھیں سماع الصدر کے ساتھ ہمیشہ استعمال کرنا چاہئے۔ رانجنی شعاعیں بھی قلب کے کہفوں کی جسامت اور شکل کے تغیرات کی تخمین میں ممد ہونگی (ملاحظہ ہو شکل ۱۲ صفحہ 225)۔

۱۔ مصراعی مرض کے خریرات دوسری حالتوں سے پیدا ہوجانے والے خریرات کے ساتھ خلط ملط ہوجانے کا احتمال رکھتے ہیں۔ عدم دمویت ریوی رقبہ پر ایک کرخت انکماشی خریر پیدا کردیتی ہے۔ عضوی ریوی مرض (organic pulmonary disease) کے شاذ ہونے کو ملحوظ رکھتے ہوئے یہ خریر بیشتر کافی ممیز ہوتا ہے، لیکن نہایت زیادہ عدم دمویت کے ساتھ خریرات سارے پیش قلبی رقبہ پر پھیل جاتے ہیں، اور بلا شبہ ریوی دہنہ کے علاوہ دوسرے دہنوں میں بھی پیدا ہوجاتے ہیں۔ چونکہ ایسی اصابتوں میں مریضوں کی سانس پھولی ہوئی ہوتی ہے، اور ساتھ ہی اُن میں اختلاج اور ورم پا کا رجحان موجود ہوتا ہے، لہذا ممکن ہے کہ تشخیص دقت طلب ہو۔ عدیم الدم مریضوں کے نمایاں شحوب، روماتزم یا

274

مرض قلب کے کسی دوسرے پیش رو مرض کی روئداد کی عدم موجودگی ' اور فولادی مقویات کے استعمال سے خریر میں تخفیف ' ایسے امور ہیں جن سے تشخیص میں مدد حاصل ہوگی۔ بلاشبہ عدم دمویت بذات خود بھی مطرانی بازروی کا ایک سبب ہوسکتی ہے۔ خون کی ناقص نوعیت دیوارِ بطین کا نقصِ تغذیہ پیدا کردیتی ہے۔ یہ تسع ہوجاتا ہے ' مطرانی دہنہ ڈھیلا پڑجاتا ہے اور اس کا نتیجہ بازروی ہوتی ہے۔ یہ فی الواقع ایک حقیقی ضرر ہے اور خریر کا فوری سبب اگر خود مصراع کے نہیں تو دہنہ کی ساخت کے تغیرات ہوتے ہیں۔ لیکن چونکہ دراصل وہ خون کی ایک ایسی حالت کی وجہ سے ہوتے ہیں ' جو معہ اپنے نتائج کے شفاپذیر ہوتی ہے ' لہذا اس خریر کو اکثر فعلی یا دموی کہتے ہیں۔ بہرحال اس کے اور مزمن مصراعی مرض کے درمیان تشخیص ضروری ہے ' اور وہ عموماً ماسبق اور متلازم حالات ' یعنے روماتزم کی غیرموجودگی اور حقیقی عدم دمویت ' پر غور کرنے سے کی جاسکتی ہے۔

اورطی کا انورسما اکثر اوقات قاعدہ قلب پر ایک خریر پیدا کردیتا ہے ' جو غلطی سے اورطی نسدد کا خریر خیال کیا جاسکتا ہے۔ فی الحقیقت اورطی رقبہ کا ایک سادہ انکماشی خریر ' جس کے ساتھ بازروی کے خریرات نہوں ' مصراعی ضیق کی نسبت زیادہ اکثر انورسما کے سبب ہی سے ہوا کرتا ہے۔ مزید ثبوت کے لئے قص سے دائیں طرف کو غیرطبعی نبضان کی اور اصمیت کے بڑھے ہوئے رقبہ کی جستجو کرنی چاہئے۔ اگر خریر ایسے مقام تک محدود ہو جو مصراعی مرض کے معمولی رقبوں کے ساتھ سختی سے متناظر نہو تو انورسما کا اور بھی زیادہ احتمال ہے

التہابِ تاءمور (pericarditis) اکثر ایک پیش پسی آواز پیدا کردیتا ہے ' جو دوہرے اورطی مرض سے بہت مشابہ ہوتی ہے۔ لیکن وہ عموماً زیادہ خشن ہوتی ہے ' ایک بڑے رقبہ پر اپنی بلندی میں کم یکساں ہوتی ہے ' اورطی مرض کے معمولی رقبہ میں سختی کے ساتھ محدود نہیں ہوتی ' اور شاید جابجا ضربِ قلب کے دوروں کے ساتھ سختی کے ساتھ ہمزمان نہیں ہوتی۔ حاد مرض کی قلیل المدت روئداد ' غیر معمولی درد ' قلب کے مقام پر تکلیف ' اوپر کے رُخ میں پیش قلبی اصمیت کا بڑھا ہوا رقبہ ' اور دہاتی نبض ' کی عدم موجودگی یہ سب التہاب تاءمور پر دلالت کرتے ہیں۔

ایک دوسری دقت خارج القلب خریرات کی وجہ سے پیش آتی ہے، جو ایسی آوازیں ہیں جو فعلِ قلب کے ساتھ ہمزمان تو ہوتی ہیں لیکن قلب سے باہر پیدا ہوتی ہیں۔ لیکن یہ پہچان لینے کے ساتھ کہ خریر دروں قلبی ہے اور کسی مصراعی دہنہ پر پیدا ہوا ہے تشخیص نہیں ہوتا کہ مرض مصراع کا ہے۔ بطینی اتساع، جو نہ صرف عدم دمویت سے، بلکہ کسی بھی سبب سے ہو گیا ہو، ایک راسی انکماشی خریر پیدا کر سکتا ہے۔ اور ایسا واقعہ مرض برائٹ، الکحلیت، اور شریانی صلابت (arteriosclerosis) میں، اور رماطوش پر امراض ساریہ کے عوارضِ عضلۂ قلب میں نہایت عام ہوتا ہے۔

مزمن کلوی مرض (chronic renal disease) قلب کی بیش پرورش بلکہ اتساع اور خریر تک پیدا کر سکتا ہے۔ اور ایسی صورت میں یہ حالت مطرانی مرض سے قریبی طور پر مشابہ ہوگی جس کے ساتھ ثانوی البیومن بولیت بھی ہوتی ہے۔ اس واقعہ سے دقت اور بڑھ جاتی ہے کہ بعض اوقات وہ گردے جو مرض قلب کی وجہ سے ایک مزمن اِمتلا کی حالت میں ہوں، ذرّاتی (granular) بنجاتے ہیں۔ اور اس سے بھی کہ مرض گردہ میں انتہائی شریانی تناؤ کی وجہ سے توسع شدہ قلب، نظامِ وریدی میں ایک ثانوی رکود پیدا کر دیگا، اُسیطرح جسطرح کہ اوّلی مطرانی مرض سے ماؤف شدہ قلب پیدا کر دیتا ہے۔ قلب کے اوّلی مرض میں ہمیں روماتزم کی روئداد یا التہاب دروں قلبہ کے کسی دوسرے سبب کی جستجو کرنی چاہئے۔ قارورہ میں وہ خصائص موجود ہوتے ہیں جو بیان ہو چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 271) اور نبض صغیر اور کم تناؤ والی ہوتی ہے۔ لیکن گردے کے مرض میں اس کا زیادہ امکان ہے کہ قارورہ رنگ میں پھیکا، اور مقدار میں قلیل ہو، اور اس میں البیومن کی مقدار زیادہ یکساں ہو۔ اور نبض بلند تناؤ والی ہوتی ہے۔ صلابتِ شریانی اور الکحل (جو اکثر ایک ساتھ پائی جاتی ہیں) کے باعث پیدا شدہ کلائیوں میں شریانی تناؤ تغیر پذیر ہوتا ہے، اور البیومین اکثر غائب ہوتا ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ تشخیص کا انحصار روئدادِ مرض یا متلازم حالتوں پر رکھنا پڑے۔

275　اِس کے برعکس بعض اوقات جبکہ کوئی خریر نہیں سنا جا سکتا ایک مصراعی ضرر موجود ہوتا ہے۔ یہ حالت بیشتر اوقات مطرانی تضیق کے آخری درجوں میں ہوتی

ہے، جبکہ اُذین کی قوت فشل پذیر ہوتی ہے۔

۲۔ مصراعی مرض کی مختلف شکلوں کی ایک دوسری سے تشخیص کا انحصار بڑی حد تک خریرات کی نوعیت، اور اُس وسعت پر ہوتا ہے جس میں وہ پیش قلبی رقبہ پر سنائی دیسکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایک خریر ایک مصراع کے رقبہ سے باہر تک دوسرے مصراع کے رقبہ کے اندر تک منتقل ہوتا ہو۔ ایسی صورت میں مختلف نقطوں پر کی آواز کی شدت کا احتیاط کے ساتھ مقابلہ کرنا ضروری ہوگا۔ اورطی بازروی اور مطرانی بازروی تقریباً ہمیشہ اپنے مخصوص نوعیت والے خریرات سے پہچان لئے جاتے ہیں۔ جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے، مطرانی تسدد بارہا بلا اپنے مخصوص نوعیت کے خریرات کے موجود ہوتا ہے۔ قبل انکماشی خریرات اور انبساطی خریرات جب یہ ٹھیک مقام صدمہ پر سنے جائیں (اور قاعدہ پر نہ سنائی دیں) تو مطرانی تسدد کا نہایت قوی ثبوت ہیں۔ لیکن بعض اوقات راس قلب پر اِن سے مماثل خریرات اورطی بازروی کے ساتھ (خریرات فلنٹ :Flint's murmurs) (ملاحظہ ہو صفحہ 269)، ملتصق تامور (adherent pericardium) کے ساتھ، اور دوسری حالتوں کی وجہ سے متسع بطین کے ساتھ سنائی دیتے ہیں۔ ان خلاف قاعدگیوں کے توجیہات مختلف ہیں:۔ اگلے مطرانی پٹ کے ارتعاشات اُس پر اُورطی بازروی کی رَو کا تصادم ہونے سے، یا اُس کے اذینی بطینی رَو پر دھکیلے جانے سے۔ مندرجۂ بالا دو رَوؤں کا باہم دگر ملجانا۔ ایک منجد صار کی پیدائش، جو بائیں بطین کے اتساع کی وجہ سے ہو، جبکہ مطرانی دہنہ طبعی جسامت کا ہو۔ یہ حالت بعض اوقات اضافی ضیق (relative stenosis) کہلاتی ہے۔ آخری توضیح زیادہ قرین قیاس معلوم ہوتی ہے۔

۳۔ غالباً تشخیص میں سب سے زیادہ اہم امر مُجیبیت قلب کی تخمین ہے۔ ورزش یا محنت کے بعد دم پھولنے یا خستگی کی مقدار کا مشاہدہ کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 223)۔ قلب کی جسامت سے مصراعی نقص کی وسعت کے متعلق مفید رہنمائی حاصل ہوتی ہے۔ یہ جس اور قرع سے معلوم کی جاسکتی ہے لاشعاعیں استعمال کی جاسکتی ہیں، اور یمینی اور یساری بیش پرورش کا تناسب

ظاہر کرنے کے لئے برقی قلب نگاری بھی (ملاحظہ ہو صفحہ 249)۔

قلب اور پھیپھڑوں کے امتحان کے بغیر کوئی تشخیص قائم نہیں کی جا سکتی۔ لیکن یہ نوٹ کرنا دلچسپی سے خالی نہیں کہ بچوں اور نوعمر اشخاص میں مطراتی مرض اور سل ریوی (phthisis) کے درمیان اکثر ایک سطحی مشابہت ہوتی ہے کیونکہ اول الذکر نمایاں شحوب، لاغری اور نفث الدم پیدا کر سکتا ہے۔

انذار۔ ایسی ایک ہزار اصابتوں کا مطالعہ کیا گیا کہ جن میں فارغ الخدمت آدمیوں کو مرض قلب تھا اور ان کا ۱۰ سال بعد دوبارہ معائنہ کیا گیا (20)۔ ثابت ہوا کہ ایک خراب انذار کے لئے اہم ترین عناصر قلیل تحمل ورزش اور بڑا قلب ہیں۔ چنانچہ معتدل کلانی اور قلیل تحمل کی صورت میں تقریباً نصف مریض ۱۰ سال کے اندر مر جاتے ہیں گو کہ چند بلا تغیر زندہ رہتے ہیں۔ انتہائی کلانی کی صورت میں ۷۶ فیصدی اور امتلائی فشل کی صورت میں ۹۷ فیصدی ۱۰ سال کے اندر مر جاتے ہیں، اور اگر ان دونوں گروہوں کو یکجا کیا جائے تو زندہ رہنے کی شرح ۸۰ فیصدی ہوتی ہے۔

اس پورے سلسلہ میں ۲۲ فیصدی مریض بلا تکلیف اور بلا تغیر ۱۰ سال زندہ رہے، اور یہ عدد غالباً اصل سے کمتر ہے۔ نصف مریض زیادہ تر امتلائی فشل کی وجہ سے مر گئے، اور ۲۶ فیصدی فشلی اصابتوں میں اس فشل کے ہمراہ ساری التہاب دروں قلبہ اور (۳۰ فیصدی میں) اذینی ریشکی انقباض تھا اور دوسری اصابتوں میں التہاب شبعی اور دیگر سرایتیں دیکھی گئیں۔ ناگہانی موت، کل اموات میں سے ۱۷ فیصدی میں دیکھی گئی۔

جب مریضوں کو استماعی علامات کے لحاظ سے گروہ بند کیا گیا تو وہ مریض جن کو بیچ سماعی مرض نہیں تھا ان میں سے ۳۵ فیصدی ۱۰ سال کے اندر مر گئے۔ اورطی ضیق اور آتشکی اورطی بازروی کی شرح اموات ۹۰ فیصدی ہے (یا انیوریسم کو مستثنیٰ کرنے کے بعد ۸۵ فیصدی)۔ غیر پیچیدہ غیر آتشکی اورطی بازروی کی شرح اموات ۳۳ فیصدی، ممزوج بازروی اور مطراتی ضیق کی ۳۰ فیصدی، اور مطراتی ضیق کی ۳۷ فی صدی (ریشکی انقباض کو مستثنیٰ کرکے ۲۹ فیصدی)۔ ابتدائی

مطرانی ضیق میں شرح اموات ۱۰ فیصدی، نمو یافتہ ضیق میں ۳۹ فیصدی، خفیف اورطی بازروی میں ۱۶ فیصدی، اور آزادانہ بازروی میں ۴۵ فیصدی ہے۔ لہٰذا مصراعی ضرر کی نوعیت اتنی اہم نہیں ہے کہ جتنا ترمیم کن عوامل ہیں۔ انذار میں دو عامل جن پر کسی دوسری جگہ غور کیا گیا ہے، خاص طور پر اہم ہیں، یعنی اذینی ریشکی انقباض اور تحت الحاد جراثیمی التہاب دروں قلبیہ (ملاحظہ ہو)۔

276

اگرچہ اصابتوں کے اس سلسلہ میں سے بچے اور عورتیں مستثنیٰ ہیں، تاہم یہ سلسلہ خاص طور پر اہمیت رکھتا ہے اس لئے کہ یہ گویا ایک مرض زدہ آبادی کے پورے حصہ یعنی انتقالی اور صاحب فراش دونوں پر مشتمل ہے۔ سابقہ ایڈیشن میں ایسے مریضوں کے تجزیہ پر اکتفا کی گئی کہ جو ہسپتال میں مرگئے تھے۔ اب اس کی بجائے زیادہ مکمل اعداد وشمار درج کیئے گئے ہیں۔ بعض نکات پر خاص طور پر زور دینے کی ضرورت ہے مثلاً ایک مطرانی انکماشی خریر کی عدم اہمیت بلا علامیہ جنہیں کی وجہ سے معذور الخدمت گردانے ہوئے سپاہیوں کی صورت میں مطرانی بازروی کے خریر کی موجودگی یہ ظاہر کرنے کے لئے بیکار ثابت ہوئی کہ آیا وہ شخص پورے کام پر واپس آنے کے قابل ہوگا یا نہیں۔ مطرانی ضیق ایک خطرناک ضرر ہے، کیونکہ وہ روماتزمی مطرانی مرض کے مزمن یا مکرر حاد حملوں کا اختتامی نتیجہ ہے۔ لیکن خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ اگر سرایت رک جائے تو وہ برسوں ٹھہری ہوئی حالت میں رہے۔ اورطی بازروی اور مطرانی ضیق کا اجتماع انذار کو زیادہ خراب نہیں بناتا۔ بچپن میں حاد روماتزم یا دیگر سرایتوں کے مکرر حملے خطرناک ہیں کیونکہ وہ عضلۂ قلب اور مصراعوں کو مزید نقصان پہنچاتے ہیں۔ مطرانی ضیق ہونے کا امکان، اور معمر مریضوں میں اذینی ریشکی انقباض ہونے کا امکان۔ یہ امر کہ امتلائی فشل میں اگر ریشکی انقباض موجود ہو تو فوری انذار بہتر ہوجاتا ہے، لیکن آخری انذار خراب تر ہوتا ہے اورطی گروہ میں ناگہانی موت کا امکان، اور غیر آتشکی اورطی بازروی میں جرثومی التہاب دروں عضلۂ قلب کا امکان حل ہونے سے حالت کا زیادہ تشویشناک ہوجانا۔

تحریز۔ چونکہ نو عمر بچوں میں مرضِ قلب کی بیشتر اصابتیں حاد روماتزم

کی وجہ سے ہوتی ہیں، انذار اسی پر مشتمل ہے کہ اُس مرض کا تدارک کیا جائے جسطرح کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔

زیادہ عمر والے شخصوں میں دانتوں کا امتحان کرنا چاہیئے، بالخصوص اُن لوگوں میں جو پہلے ہی مزمن مصراعی مرض میں مبتلا ہوں، کیونکہ اگر انھیں کوئی سرایت لگ جائے تو وہ ساری التہاب درونِ قلبیہ (infective endocarditis) پیدا کر سکتی ہے۔ بجیج جوفیزی (pyorrhœa alveolaris) اُسوقت جبکہ پیپ آزادانہ خارج ہوتا ہو، چنداں خطرناک نہیں؛ لیکن اُن پھوڑوں کو خارج کر دینے کی احتیاط عمل میں لانی چاہیئے جو دانتوں کی جڑوں میں دور چھپے ہوئے ہوں، اور جو یا تو التہابِ درونِ قلبیہ کا ایک حاد حملہ واقع کر دیں یا ایک مزمن غیر محسوس سرایت اور اُس کے ساتھ مصراعوں کا ترقی پذیر تشوّہ پیدا کر دیں۔

تحریز میں ایک دوسرا نہایت اہم امر یہ ہے کہ جو بچہ روماتزم کے خفیف ترین مظاہر میں مبتلا رہ چکا ہو اُسے حاد سرایت کی کوئی علامت (جیسے کہ خراشِ حلق، التہابِ لوزتین یا معمولی زکام) ظاہر ہوتے ہی بستر پر لٹا دینا چاہیئے، کیونکہ اِس کا ہمیشہ امکان ہوتا ہے کہ اِن عوارض کے ساتھ ساتھ اُس کا قلب بھی ماؤف ہو گیا ہو۔ فی الحقیقت اس معاملہ میں اعلیٰ طبقوں کے بچوں کے متعلق نسبتہً زیادہ احتیاط برتنے کا نتیجہ یہی ہے کہ وہ مزدور پیشہ جماعتوں کے بچوں کے مقابلہ میں شدید مرضِ قلب سے زیادہ محفوظ رہتے ہیں۔

نوعی سرایتوں میں آتشک مرضِ قلب کا عام ترین سبب ہے، چنانچہ اگر یہ مرض ہو گیا ہو تو جلد ہی مشدد دافعِ آتشک علاج عمل میں لانا چاہیئے۔

شریانی مرض کا نتیجہ عموماً انحطاطِ عضلۂ قلب ہوا کرتا ہے، چنانچہ اس کے حفظِ ماتقدم (ملاحظہ ہو) کی مناسب تدبیریں اختیار کرنی چاہئیں۔

قلب کے مزمن مرض کا علاج

مندرجۂ ذیل اشارات کا اطلاق نہ صرف قلب کے مزمن مصراعی مرض پر بلکہ ملتصق تامور (adherent pericardium) اور انحطاطِ عضلۂ قلب کی

اصابتوں پر بھی ہوتا ہے ۔

علاج پر غور کرنے سے پہلے امور ذیل کا دریافت کرلینا ضروری ہے :۔ (۱) آیا فشلِ قلب کے ابتدائی امارات، یعنے تکلیف، سانس کا پھولنا، اور ورزش کے بعد تحت الترقوی یا پیش قلبی درد ہونا موجود ہیں ۔ (۲) ۔ آیا بعد کے امارات یعنے گردن اور جگر کی وریدوں کا احتقان، زراق، اور ہیج موجود ہیں ۔ (۳) آیا قلب بڑھا ہوا ہے، اور آیا مصراعی مرض کے یا تغیرات عضلۂ قلب کے امارات موجود ہیں ۔ (۴) آیا قلب کی کوئی بے نظمی اور خاص کر اذینی ریشکی انقباض موجود ہے یا نہیں ۔ (۵) آیا قلب میں حاد سرایت ہونے کی کوئی شہادت موجود ہے ۔

اصولِ علاج یہ ہے کہ مریض کی زندگی کو باقاعدہ بنایا جائے تاکہ قلب کے ذمہ جو کام پڑے وہ اُس کی قابلیت سے زائد نہ ہو ۔

فشلِ قلب کی ابتدائی اصابتوں میں مریض کی علامتیں ہی بیشتر رہنمائی کرتی ہیں ۔ کام کی اُس مقدار کا معلوم کرلینا ضروری ہے جس سے غیر معمولی تکان یا تکلیف، یا سانس پھولنے کا، یا دردِ قلب کا حملہ ہوجاتا ہو ۔ کامل طور پر تندرست شخص میں یہ علامات صرف نہایت شدید عضلی ورزش کے بعد محسوس ہوتے ہیں ۔ تازہ تجربہ نے بتلایا ہے کہ ایسے بہت سے اشخاص ہیں جن میں پیش قلبیہ پر سنائی دینے والے انکماشی خریرات کے باوجود رومائزمی یا اور کسی سرایت کی سرگذشت نہیں پائی جاتی، جو قلب کی کوئی کلانی نہیں ظاہر کرتے، اور جو شدید ترین عضلی ورزش کرسکتے ہیں اور اُس کے بعد کوئی ایسی تکلیف نہیں ظاہر کرتے جو اُس سے زائد ہو جو ایک طبعی شخص محسوس کرتا ہے ۔ ایسے اشخاص میں اُن کے ورزش کرنے کے متعلق روک تھام کرنے کی ضرورت نہیں ۔ لیکن جب اورطی بازروی یا مطرانی ضیق کا شبہ کرنے کے لئے وجوہات موجود ہوں تو عقلمندی یہی ہے کہ مریض کو اُس کے قلب کی پوری قوتِ محفوظہ کام میں لانے کی اجازت نہ دی جائے قطع نظر اس امر کے کہ وہ تند و شدید ورزش بھی معمولی مقدار سے زائد تکلیف کے بغیر انجام دے سکتا ہے ۔ صرف ہلکے قسم کی ورزشوں کی اجازت دینی چاہئے ۔ اس بیان کا اطلاق مطرانی بازروی اور اورطی ضیق کی ان اصابتوں پر بھی ہوتا ہے

کہ جن میں واضح کلانی قلب موجود ہو۔

جو مریض معتدل ورزش، مثلاً دوڑنے یا زینہ پر یا پہاڑی پر تیزی سے چلنے، یا مسطح زمین پر تیز چلنے کے بعد علامات ظاہر کرتے ہوں، اُن میں ان علامات کو پیدا کرنے والی ورزش کی ممانعت کر دینی چاہئے۔ اِس کے ساتھ ہی جو ورزش برداشت ہو سکے اُس کی اجازت دینی چاہئے۔ اُس کے قلب کو مناسب سے کم ورزش دینا بھی بُرا دستور ہے۔ لیکن مریض کو کہہ دینا چاہئے کہ اگر بالفرض اس وقت جبکہ وہ ورزش کے لئے باہر گیا ہو علامات پیدا ہو جائیں تو اُسے چاہئے کہ بالکل بے حرکت ہو جائے۔

ان تمام اصابتوں میں جن میں حقیقی سرایت موجود ہو، ان تمام اصابتوں میں جن میں فشلِ قلب ترقی یافتہ ہو، ان اصابتوں میں جو وریدی امتلاء ظاہر کرتی ہوں، اُذینی ریشکی انقباض کی اصابتوں میں جن میں قلب سریع ہو، اور ڈیجیٹالس کا ایک پورا نصاب دینے کی ضرورت ہو، اور سب سے زیادہ اہم اُن مریضوں میں جو کھڑے ہونے پر یا آہستہ آہستہ چلنے پر امارات تکلیف ظاہر کرتے ہوں، بستر پر آرام لینا ضروری ہے۔ مریض کو چت لیٹا رہنا چاہئے، لیکن جب تنفس انتصابی ہو تو اُسے بستر پر سہارا دے کر بٹھا دینا چاہئے۔ مریض کو سکون سے رہنا چاہئے اور اس کو تشویش اور ہیجان بالکل نہ ہونے دینا چاہئے۔ تمام بے ضرورت حرکت سے احتراز لازم ہے اور بالخصوص نیند اچھی آنے دینا چاہئے، کیونکہ یہی وہ حالت ہے جس سے قلب کو کامل ترین قسم کا آرام حاصل ہوتا ہے۔ ہر مریضِ قلب کے معالجہ میں یہی ایک نہایت اہم امر ہے جس کا اہتمام ضروری ہے، خواہ کچھ ورزش کی اجازت دی گئی ہو یا نہ دی گئی ہو۔ نصب العین یہ ہونا چاہئے کہ بستہ میں نو سے دس گھنٹے تک گذریں، گو حقیقی نیند کے گھنٹوں کی تعداد اِس کی نسبت کم ہو۔ وِسکی (whisky) ۱-۲ اونس بطور ایک خواب آور دوا کے دی جا سکتی ہے، یا پیرالڈیہائیڈ (paraldehyde) ۱-۲ ڈرام کی خوراکوں میں۔ غذا کافی، سادہ اور سریع الہضم ہونی چاہئے۔ وہ مخلوط ٹھوس (solid) اور مائع ہو سکتی ہے، مقداریں یہ کسی ایک وقت میں اتنی نہ ہو کہ معدہ کو گرانبار کر دے، اور اُس کی نوعیت ایسی ہو کہ جو ریحیت اور تمدد نہ پیدا کرے۔

سیالات کو زیادتی کے ساتھ نہیں دینا چاہئیے۔ اور اگر تہیج ہو تو ملی در آمد کو کم کر دینا چاہئیے۔ فربہی (obesity) میں قلیل الحرارہ غذا دینی چاہئیے کیونکہ فربہی تحول بڑھ جانے کا ایک عام سبب ہے۔ حال میں مرض قلب کا علاج بذریعہ درقیہ برآری بھی کیا گیا ہے کہ جس سے تحول کو کم کرنا اور قلب پر بار کی تخفیف مقصود ہوتی ہے۔

جب مریض کو کچھ عرصہ تک بستر میں آرام کرنے کے بعد افاقہ حاصل ہو تو ورزش کا آغاز صرف آہستہ آہستہ ہونا چاہئیے۔ بستر ہی میں پڑے پڑے ہاتھ پاؤں ہلانے کی اجازت دیکر اُسے تدریجی ورزش کرائی جاسکتی ہے۔ دوسری ترکیب یہ ہے کہ جب مریض اُٹھنے کے قابل ہو جائے تو روز بروز اُس کے چلنے کی مقدار بڑھائی جائے، یہاں تک کہ ورزش کی حدِ برداشت تک پہنچ جائے۔

ترقی یافتہ فشلِ قلب کی اصابتوں میں جن میں مختلف احشاء کی امتلاء کے ساتھ اُذیما موجود ہو، علاج کے تین خاص اصول ہیں:- (۱) اُذیمائی سیال کا اخراج، یا خون نکالدینا۔ (۲) آکسیجن کا استعمال۔ (۳) ادویہ، بالخصوص ڈیجیٹالس کا استعمال۔

(۱) اگر کہفۂ پلیورائی میں بہت سیال موجود ہو تو بذریعۂ بزل (tapping) اُس کے اخراج سے بہت آرام حاصل ہوگا۔ اگر استسقائے کلّی (anasarca) زیادہ ہو تو ایک بڑی چپٹی جراحی سوئی سے ٹانگوں کو دس بیس جگہ کچوکا لگا سکتے، یا اُنبوباتِ ساؤدی (Southey's tubes) سے ان کی سیلیت کر سکتے ہیں۔ مریض کو ایک کرسی پر بارہ یا چوبیس گھنٹے تک بیٹھنا اور ٹانگیں نیچے لٹکائے رکھنا چاہئیے تاکہ سیال جاذبہ کے اثر سے اُن کے اندر اُتر آئے۔ اُنھیں نہایت احتیاط کے ساتھ صاف کر کے آیوڈین کا ہلکا محلول اُن پر لگانا چاہئیے۔ سیال کو ایک مغسل میں نیچے بہ کر آنے دینا چاہئیے، اور گرمی پہنچانے کے لئے مغسل پر ایک کمبل لپیٹ دینا چاہئیے، لیکن اس کا خیال رہے کہ جہاں کچوکے لگائے ہیں وہاں کمبل ٹانگوں کو نہ چھونے پائے۔ استسقائے شکمی میں شکم میں بزل کیا جاسکتا ہے، اور ان کارروائیوں سے وہ دباؤ جو دورانِ خون پر ہوتا ہے کم ہو جاتا ہے۔ داعیاتِ فصد شدید انقباضی تنفس، اور زراق ہیں کہ جس کے ساتھ وریدیں متمدد ہوں۔ اِس کے یہ معنے ہیں کہ

عام شریانی خون کا دباؤ گرا ہوا اور وریدی دباؤ متناظراً بڑھا ہوا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہے کہ قلب کی دائیں جانب اسقدر محتقن ہو گئی ہے کہ اُسے اپنے مافیہ پر منقبض ہونے میں دقت ہوتی ہے ۔ ایسے حالات میں اُذینی رشکی انقباض اکثر موجود ہوتا ہے ۔ وسطی ورید باسلیق میں چرکا لگا کر ۲۰ یا ۳۰ اونس کی مقدار میں خون خارج کر دینے سے خون کا وہ بہاؤ جو قلب کی طرف جاتا ہے کم ہو کر تکلیف میں تخفیف ہو جاتی ہے ۔ انتہائی اصابتوں میں قاعدۂ گردن میں بیرونی وداجی ورید کو کھولنے سے اور بھی زیادہ سریع اثر حاصل کیا جا سکتا ہے ۔ اِس صورت میں اگر وریدی دباؤ بلند ہے تو خون مرکزی بہاؤ سے بہے گا، اور قلب کی دائیں جانب کو راست تسکین پہنچے گی ۔ ورید میں ایک سادہ چرکا لگانے سے کافی خون حاصل کرنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا ۔ ایک زیادہ کارگر طریقہ یہ ہے کہ ایک چھوٹی چوڑی کھوکھلی سوئی استعمال کی جائے جو ربر کی نلی کے ذریعہ ایک بند شیشی سے الحاق رکھتی ہو ۔ پھر اس بوتل پر امتصاص عمل میں لایا جا سکتا ہے ۔

(۲) فشل قلب کی ان تمام اصابتوں میں کہ جن میں ساتھ ثانوی ریوی پیچیدگیاں پائی جائیں، نیز عضلۂ قلب کے انحطاط میں خاصکر اسوقت جبکہ اغلب ہو کہ اکلیلی شرائین متصلب ہیں، آکسیجن دینی چاہئیے ۔ نو عمر موضوعوں میں روماتزمی اصل کے فشل قلب میں یہ عام طور پر موثر نہیں ثابت ہوتی ۔ بُہر اور زرانی سب سے بہتر داعیات ہیں، لیکن اگر کوئی شک ہو تو ایک نقاب اور مصراعات استعمال کر کے اس کا اثر آزمانا چاہئیے ۔ اس کو انفی قثاطیر کے ذریعہ دیا جا سکتا ہے، لیکن ہم خیمہ کی سفارش کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 156)۔

(۳) ادویہ، جو قلب پر راست مفید اثر رکھتے ہوں نسبتہً چند ہی ہیں ۔ سب سے زیادہ مفید ڈیجیٹالس (digitalis) ہے، جس کے فعل کا مطالعہ سب سے زیادہ کیا گیا ہے ۔ اُذینی رشکی انقباض میں اُس کے استعمال کا تذکرہ کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 244)۔ اِن اصابتوں میں بطین تیزی اور بے قاعدگی کے ساتھ ضرب لگا رہا ہوتا ہے اور ڈیجیٹالس ایک دوائے شافی کے طور پر عمل کرتا ہے ۔ نبض کی رفتار کم پڑ جاتی ہے ۔ تار درہ کا حجم بڑھ جاتا ہے اور اُذیما غائب ہو جاتا ہے ۔

لیکن دوسری اصابتوں میں بھی، جبکہ اُذینی ریشکی انقباض موجود نہو، ڈیجیٹالس کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جاسکتا ہے، بالخصوص اُس کے مدرالبول اثر کے لئے اُس کے پسے ہوئے پتے اکثر پارہ کے ساتھ ملاکر ایک گولی کی شکل میں کام میں لائے جاتے ہیں، جو ایسی اصابتوں کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ نہیں کہا جاسکتا کہ اُس کا اثر اُسیقدر یقینی ہے جسقدر کہ اذینی ریشکی انقباض میں ہوتا ہے۔ ڈیجیٹالس براہ دہن سفوف، خیساندہ یا صبغیات کی شکل میں، یا اُس کے جواہر فعال یعنے ڈیجیٹالین (digitalin) یا ڈیجیٹاکسین (digitoxin) کے طور پر دیا جاسکتا ہے۔ خطرناک اصابتوں میں خیساندے کے دو ڈرام یا صبغیہ کے ۱۰ یا ۱۵ قطرے ابتداءً ہر تیسرے یا چوتھے گھنٹے، اور بارہ یا چوبیس گھنٹوں کے بعد نسبتہً کم بار یا چھوٹی مقداروں میں دئے جاسکتے ہیں۔ ڈیجیٹاکسین کی مقدار $\frac{1}{250}$ گرین تا $\frac{1}{64}$ گرین ہے۔ ان مقداروں میں دئے جانے پر ڈیجیٹالس اپنا پورا اثر پیدا کرنے کے لئے دو یا تین دن لیتا ہے۔ براہ دہن کثیر مقداریں دیکر نسبتہً زیادہ سریع اثر حاصل کیا جاتا ہے۔ یہ طریقۂ علاج اذینی ریشکی انقباض کی حالت میں عمل میں لایا جاسکتا ہے۔ ڈیجیٹالس کے علاج کے دوران میں پیدا ہو جانے والے سمّی علامات صفحہ 245 پر بیان کئے گئے ہیں۔

بعض دوسرے ادویہ کا فعل ڈیجیٹالس کے فعل سے مماثل ہوتا ہے۔ ان میں سب سے زیادہ اہم اسٹروفینتھس (strophanthus) ہے (جس کے صبغیہ کی مقدار خوراک ۲ تا ۵ قطرات ہے)۔ اسٹروفینتھس کا جوہر فعال، اسٹروفینتھین (strophanthin) اُسوقت مفید ہوتا ہے جبکہ خطرناک فشل کی حالتوں میں عجلت مدنظر ہو۔ اس کا $\frac{1}{250}$ گرین درون وریدی راہ سے دیا جاسکتا ہے۔ نیز اس کا درون عضلی یا تحت الجلدی اشراب کیا جاسکتا ہے۔ کیونیڈین (quinidine) سے اذینی ریشکی انقباض کا علاج پہلے بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 246)۔ گذشتہ زمانہ میں اسٹرکنین (strychnine) ایک قابل قدر مقوّی قلب سمجھا جاتا رہا لیکن ایک با احتیاط و منضبط سلسلۂ مشاہدات نے ظاہر کر دیا ہے کہ حاد یا مزمن فشل القلب، دونوں میں سے یہ کسی ایک پر بھی کوئی اثر نہیں رکھتا (21)۔ حال ہی میں اختلاطِ عضلۂ قلب

کی حالت میں، قلب کی بائیں جانب کی تنش بڑھانے کے لئے فرانس میں اُوبین (oubaine) کا استعمال کیا گیا ہے (½ ملی گرام دروں وریدی راہ سے، یا ۱ ملی گرام براہِ دہن، دن بھر میں ایک یا دو بار)۔
ممکن ہے کہ دوسرے علامات اور پیچیدگیوں کا علاج بھی کرنا پڑے۔
اگر استسقاء ڈیجیٹالس سے رفع نہ ہو تو، تھیوبرومین سوڈیم سیلی سلیٹ (theobromine sodium salicylate) (ڈایوریٹین: diuretin) ۱۰ تا ۲۰ گرین دن میں تین بار، سلسلۂ پیورین (purin) کی بہترین دوا ہے، جو یا تو بصورتِ اقراص یا ایک آمیزے میں شربتِ زنجبیل سے خوب خوشبودار بنا کر استعمال کی جا سکتی ہے۔
یہ ادویہ غالباً گوبکی غشاء کی نفوذ پذیری بڑھا کر، یا شاید فاعلی گوبکوں کی تعداد میں زیادتی پیدا کرکے اپنا اثر ظاہر کرتے ہیں۔ گردوں میں آکسیجن کے صرفہ کی زیادتی نہیں پیدا کرتے۔ لیکن اگر گوبکی عروق شعریہ محتقن ہوں اور شاید کم ہوا دمویت میں مبتلا ہوں، تو ممکن ہے کہ یہ دوائیں ناکارگر ہوں۔ یوریا (urea) بھی ۵ تا ۱۵ گرین کی مقداروں میں آزمایا جا سکتا ہے۔ یوریا گوبکوں میں سے تقطیر ہو جاتا ہے، اور اُنیبیبات میں سے بھی اُس کا اخراج ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُنیبیبی سیال کا ولوجی دباؤ بلند رہتا ہے اور اُنیبیبات میں نسبتہً نیچے پانی دوبارہ کم جذب ہوتا ہے اور اسی واسطے خارج ہو جاتا ہے۔ آخراً سیلرگان (salyrgan) ایک نامیاتی مرکب سیماب (۲ مکعب سمر تک دروں عضلی طور پر)، اور نیپٹال (neptal) (ایک مکعب سمر تک) ہفتہ میں ایک یا دو مرتبہ دئے جاتے ہیں اور یہ قدیم رائج شدہ حب سیمابی (.Pil Hydrarg) کی نسبت زیادہ کارگر ہوتے ہیں۔ اگر انکے ساتھ ساتھ ایمونیم کلورائڈ، چوبیس گھنٹوں میں ۱۰۰ گرین کی مقداروں تک، استعمال کیا جائے تو یہ اور بھی زیادہ کارگر ہوتے ہیں۔ آخرالذکر غالباً ایک مصنوعی ترشہ دمویت پیدا کرکے اپنا اثر پیدا کرتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ لسونت کچھ جذب کردہ سیال آزاد کر دیتے ہیں۔ اِس حقیقت کو اُسوقت یاد رکھنا چاہئے جبکہ کچھ متلازم التہابِ گردہ بھی ہو، جس میں ترشہ دمویت پہلے ہی سے موجود ہو سکتی ہے۔
قلب پر درد اکثر شدید ہوتا ہے، اور اِس میں لفافع (belladonna) کے پلستروں

ہے، مارفیا کی تھوڑی مقداروں کے داخلی استعمال سے اور ½ گرین مارفیا کے تحت الجلدی اشراب سے تخفیف کی جاسکتی ہے۔ کھانسی کا تدارک کمنفثات اور مسکنات کی تھوڑی مقداروں سے کیا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو التہاب شعبی کا علاج)، اور قے کا تدارک فوّار مالحات سے۔ اور طبی مرض میں، جس کے ساتھ بیش پروش بھی موجود ہو، ایک نہایت تکلیف دہ علامت تناب کا تند فعل اور گردن کی اور عام طور پر سارے جسم پر کی وریدوں کا تڑپنا ہے۔ اس میں صبغیہ بھنگ (۱ تا ۳ قطرات) کے، بروما ئیڈز کے، اور مارفیا کی ایک تھوڑی مقدار کے استعمال سے بہت کچھ تخفیف ہوسکتی ہے۔ ریوی نزف شاذ ہی اتنا کافی ہوتا ہے کہ زندگی کے لئے خطرے کا باعث ہو، اور اس کے لئے حابسات الدم کی ضرورت نہیں ہوتی۔ فعل قلب کے ناگہانی طور پر موقوف یا کمزور ہوجانے کی حالتوں میں، بالخصوص دوران عدم حسیّت میں، جبکہ موت قریب الوقوع ہو، ۱۰۰۰ میں ۱ حصہ ایڈرینالین (adrenalin) کے ۱ تا ۳ سی۔سی کا اشراب ایک پچکاری کے ذریعہ سے دائیں بطین کے اندر کرنے سے زندگی بحال کی جاسکتی ہے۔ سوئی، جس کا طول ۳ انچ لمبا ہوتا ہے، پانچویں ضلعی کرّی سے اوپر، عظم القص کے بائیں جانب کے قریب، راست پیچھے کو، اور قدرے اندر کی طرف، گذاری جاتی ہے۔ یہ معلوم کرنے کے لئے کہ ½۱ تا ۲ انچ کی گہرائی پر بطین کے اندر سوئی پہنچ چکی ہے اشراب سے پہلے تھوڑا خون باہر کھینچ لیا جاتا ہے۔

بوڑھے اشخاص کے عضلۂ قلب کے مرض میں سانس پھولنے کے دوری حملے بہت تکلیف پیدا کردیتے ہیں۔ آکسیجن کے استنشاقات اکثر تسکین کا باعث ہوتے ہیں، اور مارفیا کے تحت الجلدی اشرابات (ان سے بھی تسکین ہوجاتی ہے) کی نسبت پسندیدہ تر ہوتے ہیں (25)۔ اس نظریہ کی بنا پر کہ سانس کا پھول جانا اضافی چپ جانبی فشل کے ذریعہ ابتدائی ریوی تہیج پیدا ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 252)، مصنف نے پھیپھڑوں میں ہوا کا دباؤ زیادہ کرنے کے لئے پلیش (Plesch) کا طریقہ کامیابی کے ساتھ انجام دیا ہے، جو کہ ریوی تہیج کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

آتشکی التہاب عضلۂ قلب کا علاج وسیع مدت تک دافع آتشک ادویہ سے کرنا چاہیئے ۔سلف آرسینال (sulfarsenol) (۳ء۰ تا ۴۸ء۰ گرام) کے عمیق تحت الجلدی اشرابات ہفتہ وار دئے جا سکتے ہیں ۔ اس کا ایک نصاب ۶ گرام پر مشتمل ہوتا ہے، اور مختلف نصابوں کے درمیان ۶ ہفتے گذر جانے دئے جاتے ہیں ۔نصاب کے دوران میں ۱/۲ گرین یلو آیوڈائڈ آف مرکیوری (yellow iodide of mercury) روزانہ تین بار بصورتِ اقراص دیا جا سکتا ہے، جو بڑھا کر دن بھر میں ۸ یا ۱۲ دئے جا سکتے ہیں ۔ نصابوں کے درمیان میں پوٹاسیئم آیوڈائڈ دینا چاہیئے۔

مرضِ قلب اور حمل ۔ اکثر اوقات یہ سوال اٹھتا ہے کہ آیا اُن مریضوں میں حمل ہونے دینا چاہیئے یا نہیں، جن میں استماع کرنے پر مطرانی بازروی، مطرانی ضیق یا اورطی بازروی کے خریرات موجود پائے گئے ہوں ۔ ذیل کی صورتوں میں حمل ہونے دینا چاہیئے:۔ (۱) اگر اس کی شہادت موجود ہو کہ مصراعی مرض طویل عرصہ سے ہے اور حال ہی میں مصراعوں کا کوئی التہاب نہیں ہوا ہے ۔ (۲) اگر جِلد کی محببیت اچھی ہو ۔ (۳) اگر قلب بڑا یا غیر معمولی طور پر تحریک پذیر نہ ہو ۔ (۴) اگر اس کی لَے طبعی ہو ۔ (۵) اگر اورطی بازروی میں انکماشی اور انبساطی فشار دموی کے درمیان کوئی بڑا فرق نہو، اور ضربتہ الراس بہت زیادہ باہر کی طرف یا بہت زیادہ زوردار نہو ۔ (۶) اگر مطرانی ضیق میں کھانسنے یا گہری سانس لینے کے بعد شُش میں متواتر تکتکات (جو اذیما کا آغاز ظاہر کرتے ہیں) نہ موجود ہوں ۔ دورانِ حمل میں مستزاد انکماشات کے وقوع پر کوئی توجہ نہیں کرنی چاہیئے لیکن اذینی ریشکی انقباض کی موجودگی کو قطعی رکاوٹ تصور کرنا چاہیئے (Mackenzie) ۔ اگر مشورہ کے خلاف حمل شروع ہوگیا ہے تو مریضہ پر احتیاط کے ساتھ نظر رکھنی چاہیئے، اور اگر ناموافق علامات ظاہر ہوں تو حمل کو ختم کر دینا چاہیئے ۔ جب کبھی قلب فعلی ناکارکردگی کے کوئی امارات ظاہر کرے تو مریضہ کو بستر میں سہارا لیکر آرام لینا اور دن کے وقت کچھ وقفوں کے بعد گہری سانس لیتے رہنا چاہیئے تاکہ پھیپھڑوں کے اندر سے دورانِ خون ہونے میں مدد پہنچے ۔ حمل کے آخری مہینوں میں وضع حمل کا امالہ کرنا ایک طویل عمل ہے، اور اسی واسطے اس میں قلب پر اُس سے زیادہ بار ہوتا

ہے کہ جتنا خود بخود وضع حمل ہونے کی صورت میں ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں شگاف قیصری کے عمل کے متعلق غور کرنا چاہئیے، بالخصوص اس وجہ سے کہ اس عمل میں فالوپیائی انبوبوں کے بعض حصوں کے استیصال جزوی کے ذریعہ تعقیم کا عمل بھی ساتھ ساتھ انجام دیا جا سکتا ہے۔ میکنزی بیان کرتا ہے کہ شادی شدہ عورت میں مرض قلب کا کوئی درجہ بھی مانع جماع نہیں، بشرطیکہ عورت کو جماع کی خواہش معلوم ہوتی ہو اور وہ اُسے انجام دینے کی قابلیت رکھتی ہو۔

خبیث التہابِ درون قلبہ

(malignant endocarditis)

ساری، عفونی، تقرحی یا جرثومی التہابِ درون قلبہ

(infective, septic, ulcerative or bacterial endocarditis)

بحثِ اسباب - حاد روماتزم خبیث التہاب قلبہ کا پیش رو ہے، لیکن ایسی اصابتوں کی تعداد [۱۶۰ میں سے ۳۵ - آسلر (Osler)] اُس تعداد سے کم ہے کہ جس میں روماتزم سادہ التہاب درون قلب کا سبب ہوتا ہے۔ اِن میں سے بعض اصابتوں میں علامات کا نمو روماتزمی تپ کے دوران میں ہوجاتا ہے، اور بعض میں یہ علامات مزمن مصرائی مرض کے دوران میں پیدا ہوجاتی ہیں، جو وقوع سرایت کی استعداد پیدا کر دیتا ہے۔ اِس کے برعکس، خبیث التہاب درون قلبکا وقوع اُسوقت بھی ممکن ہے جبکہ مصراع تندرست ہوں، بالخصوص تکشف اور سخت عضلی کام کے بعد۔ زمانہ جنگ کے تجربہ سے اس کی تصدیق ہوچکی ہے (19)۔ علاوہ روماتزم کے اِس کا سبب مُعدّ ماد ذات الریہ، ثورانی حمیات مثلاً قرمزیہ، نفاسی اعمال (puerperal processes)، سطح جسم پر کے کھلے ہوئے زخموں کی موجودگی، عفونت الدم اور تقیح الدم (پائی میا) ہو سکتے ہیں۔ اغشیۂ مخاطیہ سے ریمی اخراجاتِ مواد (التہابِ مجریٰ البول، التہابِ مہبل، جوفیزی تجیج) بھی یہ مرض پیدا کر سکتے ہیں، لیکن آخرالذکر کے پیدا ہونے کا احتمال اُسوقت زیادہ

ہوتا ہے جبکہ پیپ کسی وجہ سے رُکا رہنے اور مواد کی آزادانہ طور پر سیلیت نہ ہوتی ہو ایسا ہونے کا امکان بچوں میں مزمن التہاب لوزتین یا بالغوں کی حالت میں دندانی خراجات میں خاص طور پر ہوتا ہے۔ ۱۰۰۰ فارغ الخدمت آدمیوں میں کہ جن کو مرض قلب تھا، تحت الحاد جرثومی التہاب دروں قلبہ کا حملہ ۱۲ فی صدی میں ہوگیا۔ اور طبی بازروی کی غیر آتشکی اصابتوں میں یہ ۳۲ فیصدی میں موت کا سبب ہوا، لیکن مطرانی ضیق میں ۲ فیصدی میں (20)۔

ساری التہاب دروں قلبہ (infective endocarditis) میں احشاء کے اندر مختلف دقیق عضویے پائے جاتے ہیں۔ نبقات سبحیہ یعنے نبقہ سبحیہ اخضر (S. viridans) نہایت عام ہیں، جو دہن اور بڑی آنت کے اندر ملنے والے نبقات سبحیہ سے مماثل ہوتے ہیں۔ نبقات عنبیہ، نبقات سحائیہ، نبقات ریوی فریڈلینڈر کا عصیہ ذات الریہ، اور تدرن، خناق وبائی، اور تپ محرقہ کے عُصیتے، اور نبقہ سوزاک اور ناہواباش (anærobic) عُصیتے کبھی کبھی ملتے ہیں۔ یہ عضویے کسی مرکز سرایت سے نکلکر خون کے اندر داخل ہوجاتے ہیں اور وہاں سے پھر مصراعوں پر مُرتسب ہوجاتے ہیں۔ مرض کی زیادہ حاد قسموں میں نبقات سبحیہ دوران حیات میں اکثر خون کے اندر پائے جاتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ التہاب دروں قلبہ کی اِس قسم میں ملتہب شدہ مصراع کی بافت نرم پڑ کر ٹوٹ جاتی ہے، جس سے تاکلات یا تقرحات پیدا ہوجاتے ہیں، اور اِس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُس سطح پر، جو کُھردری ہوگئی ہے، فائبرین مُرتسب ہوجاتی، اور روئیدگیوں کے بیقاعدہ تودوں کی صورت میں جمع ہوجاتی ہے، جو ممکن ہے کہ ایک فندق (hazel nut) کی جسامت کے برابر ہوجائیں۔ مناسب طریقوں کی مدد سے سطح پر، اور روئیدگیوں کے جرم میں کم و بیش گہرائی پر عضویے دکھلائے جاسکتے ہیں، جہاں وہ حاد اصابتوں میں بڑے بڑے تودے بنا دیتے ہیں نیز سرایت زدہ سطح کے نیچے ایک منطقہ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی درریزش کا موجود ہوتا ہے۔ جب مرض مزمن ہوتا ہے تو عضویے نسبتہً بہت کم ہوتے ہیں، اور اعمال اندمال جو لیفی ناہضات کے ذریعہ سے انجام پاتے ہیں

نسبتہً زیادہ بدیہی ہوتے ہیں ۔ مصراع میں کے اِن اعمال سے متعدد اہم تغیرات پیدا ہوجاتے ہیں ۔ ممکن ہے کہ خود مصراع مثقوب ہوجائے، یا نسیج کی دھجیاں جزو جدا ہوکر خون کی رَو میں ڈھیلی لٹکتی رہیں، یا بعض حصّے بکلّیہ جدا ہوجائیں ۔ بعض اوقات مصراع کا ایک حصہ اتلافی عمل سے اتنا کمزور پڑجاتا ہے کہ وہ خون کے دباؤ کے مقابلہ کی تاب نہیں لاسکتا، اور مصراع کا ایک تاجکی اتساع یا انورسما پیدا ہوکر مقابل جانب پر اُبھر آتا ہے ۔ دوسرا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مصراع کی ایک دھجی، جو بطین کے انکماش و انبساط کے ساتھ خون کی رَوؤں میں آگے کی طرف اور پیچھے کی طرف کھیلتی ہے اور اپنے سامنے اور پیچھے کے کہفوں کی دیواروں سے متبادلاً ٹکراتی ہے، متصلہ حصول میں التہاب دروں قلبہ، یا شریان کے اندرونی سترکا التہاب (endarteritis) پیدا کردیتی ہے ۔ دھجی کے ٹکرانے کے مقام پر سرایت واقع ہوکر استری جھلی کے التہاب کی ایک تازہ جلکی پیدا ہوجاتی ہے ۔

لیکن خبیث التہاب دروں قلبہ کا اہم ترین اثر سارے نظام شریانی کی وہ سرایت ہے جو مصراعوں کے جدا شدہ ریزوں سے پیدا ہوجاتی ہے جو اعضائے بعیدہ میں منتقل ہوجاتے ہیں ۔ اِس مرض کے مخصوص مظاہر اِسی عمل کی وجہ سے، اور ساتھ ہی جدا شدہ ٹکڑوں میں عضویوں کی موجودگی کے سبب سے رونما ہوتے ہیں ۔ سدادیت جسم کے تقریباً کسی بھی حصے میں واقع ہوسکتی ہے ۔ وہ بالخصوص طحال اور گردوں کے عروق میں عام ہے، لیکن دماغ، غذائی کنال، جلد، شبکیہ (retina) اور پھیپھڑوں کے عروق میں اور جوارح کو رسد پہنچانے والی بڑی شریانوں، جیسے کہ کعبری، زندی، قصبیتی، عضدی، اور دوسری شریانوں میں بھی واقع ہوجاتی ہے ۔ اِن انغرازات کے مقامی نتائج یہ ہیں :۔ (۱) دوران خون کا تسدد (۲) مسدود عرق کی توزیع کے رقبہ کے اندر تنخر یا نزف، یا اِن دونوں کا وقوع، اور منفعات کی تکوین ۔ اور (۳) دقیق عضویوں کے عفونی اثر سے اُسی رقبہ کا تقیح، اسوقت جبکہ عمل حاد ہو (ملاحظہ ہو سدادیت :embolism)۔

مختلف اعضا پر اثرات، جیسے کہ وہ خبیث التہاب دروں قلبہ کی مختلف اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں، یہ ہیں :۔ دماغ کی لینت (softening) اور خراج

281

اور التہاب سحایا (meningitis)- شبکیہ کے نزفات اور عصب بصری کا التہاب۔
طحال کا منتشر ورم، انفعام اور خراج۔ تین طریقے ہیں جنسے گردے ماؤف ہوسکتے ہیں۔
(۱) حادسمی التہاب گردہ (acute toxic nephritis) ہوسکتا ہے۔ (۲) حاد ماسکی سدادی التہاب گردہ (acute focal embolic nephritis) نمودار ہوکر کیک گزیدہ گردے (flea-bitten kidney) پیدا کرسکتا ہے، جو اکثر بڑے، اور ایک سفید زمین پر نزفی نقطوں کی وجہ سے دصبہ دار ہوتے ہیں۔ خوردبین سے دیکھنے پر مختلف الجسامت درون کیبی نزفات نظر آتے ہیں۔ جو بندریج تعفصیہ یافتہ ہوجاتے ہیں، اور رخنکی بافت کا ایک چکتی دار اُذیما بھی، بلا لپائڈ کے نظر آتا ہے۔
(۳) انفعام کے ذریعہ سے۔ ممکن ہے کہ جلد کے نیچے نزفات، پھیپھڑوں کے نزفی مفعات اور خراج، ذات الجنب اور دبیلہ بھی موجود ہوں۔

سادہ التہاب درون قلب کی طرح خبیث التہاب درون قلب بھی خاصکر قلب کی بائیں جانب کو ماؤف کرتا ہے۔ لیکن ان اصابتوں کا تناسب، جن میں دائیں جانب ماؤف ہوتی ہے، اس سے بہت زیادہ ہوتا ہے کہ جتنا سادہ قسم کے التہاب کی صورت میں ہوتا ہے۔ اصابتوں کی غالب تعداد میں خبیث التہاب درون قلب انھیں مصراعوں پر ہوا کرتا ہے جو ماسبق سادہ التہاب درون قلب کے اثرات ظاہر کرتے ہیں۔

علامات۔ اِس مرض کے علامات اور اِس کا مرنہایت اختلاف ظاہر کرتا ہے۔ بعض اصابتوں میں علامات ابتداءً محض یہ ہوتے ہیں کہ تپ آکر دوپہر کے بعد تپش بلند ہوجاتی ہے، یا شاید پسینہ آتا ہے، اور یہ ایسے مریض میں ہوتا ہے جو ایک فاعلی زندگی بسر کرتا ہے، اگرچہ شاید یہ معلوم ہوتا ہے کہ اُسے مصراعی مرض ہے، اور یہ کم وبیش کامل طور پر تعویض یافتہ ہے۔ تپش ممکن ہے کہ بلند ہو اور ۱۰۲ یا ۱۰۳ درجہ تک پہنچ گئی ہو۔ لیکن وہ عموماً متفتر یا متوقف ہوتی ہے، بعض اوقات طویل عرصوں تک حیرتناک باقاعدگی کے ساتھ۔ پسینہ اکثر بکثرت آتا ہے، اور ممکن ہے کبھی کبھی ایک قشعریرہ بھی ہو۔ نبض سریع ہوکر ۹۰ سے ۱۲۰ تک جولانی رکھتی ہے، بلکہ اس سے بھی بلندتر۔ اگر قلب کا استماع کیا جائے تو عموماً ایک نہ ایک دھنہ پر ایک خریر

سنائی دیگا، لیکن یہ زیادہ تر بائیں جانب پر ہوتا ہے ۔ تاہم یہ نہیں بھولنا چاہئے کہ اِن اصابتوں میں ممکن ہے کہ خرخرات بلکہ غیر موجود ہوں ۔ طحال عام طور پر بڑھی ہوئی ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ البیومن بولیت یا دَم بولیت موجود ہو، اور ثانوی عدم دقوت بھی ہوتی ہے ۔ کبھی کبھی یہ اصابت حاد التہاب گردہ سے مشابہ ہوتی ہے ۔ جہاں روماٹزم کی ماسبق سرگذشت موجود ہو، یا مرض قلب معلوم ہو، وہاں ممکن ہے کہ قلب کی جسامت اور اُس کے فعل کی غیر طبعی حالتیں پائی جائیں ۔

کثیر التعداد اصابتوں میں تپ محرقہ سے قریبی مشابہت پائی جاتی ہے، بالخصوص اِس وجہ سے کہ تپ کا وقوع تقریباً خود بخود ہوتا ہے اور اِس کے ساتھ دردِ سر اور بڑھی ہوئی طحال ہوتی ہے، جو کہ عمومی سرایت سے یا سدادیت کی وجہ ہوتی ہے ۔ لیکن گلابی دھبے نہیں ہوتے ۔ چنانچہ ممکن ہے کہ مریض بالکل اچھا ہو حتیٰ کہ اُسے ایسی علامتوں کی شکایت پیدا ہو جائے، جیسی کہ دوسرے شدید حمائی امراض کی ابتداء میں ہوا کرتی ہیں، دردِ سر، یا پشت و جوارح کا درد، یا ایک صریح قشعریرہ یا قشعریرے ۔ پھر اِس کے بعد شدید ارتفاعِ حرارت اور اُس کی معمولی حالتیں، یعنی بلند تپش، سریع نبض و تنفس، خشک زبان، عدمِ اشتہا، تشنگی اور کسلمندی پیدا ہو جاتی ہیں ۔ اکثر اوقات مریض چند ہی روز کے اندر منبطح، بے پروا، غنودہ ہوتا ہے، اور رات کے وقت اُسے ہذیان ہو جاتا ہے ۔ لیکن اِس علامت کے نمودار ہونے کا وقت، جو غالباً سم کی تشبیت کے لحاظ سے متعین ہوتا ہے، تغیر پذیر ہوتا ہے ۔ آنتوں کی حالت مختلف ہوتی ہے، لیکن اکثر پتلی زرد اجابتیں ہوتی ہیں، جو تپ محرقہ کی اجابتوں سے بہت مشابہ ہوتی ہیں ۔ اور ممکن ہے کہ شکم متمدد ہو ۔ اِن اصابتوں کی مدت عموماً دس دن سے لیکر دو یا تین ہفتے تک ہوتی ہے، یعنے اِس سے بہت کم کہ جتنی تحت الحاد ساری التہابِ درونِ قلب (subacute infective endocarditis) کی اصابتوں میں ہوتی ہے ۔

اصابتوں کے ایک دوسرے گروہ میں قشعریرے ایک نمایاں علامت ہوتے ہیں، اور وہ دن بھر میں ایک، دو، یا زائد بار ہوتے ہیں، اور اِس تپ الد[illegible] سے جو زخموں کے باعث ہو، نہایت قریبی مشابہت پیدا ہو جاتی ہے ۔ حقیقت

282

یہ ہے کہ التہاب لُبّ العظام کی حالت میں، جو نبقلہ عنبیہ ذہبیہ کے باعث ہو، ممکن ہے کہ ساری التہاب درون قلبہ کوئی مخصوص ممیز علامات نہ پیدا کرے اور یہ ضرر صرف امتحان بعد الممات یعنے لاش کے معائنہ کے وقت ظاہر ہو۔ اسیطرح ایک دوسرے گروہ میں عضویے دماغی سحایا پر حملہ آور ہوتے ہیں، اور التہابِ سحایا کی علامتیں ہی ایک نمایاں منظہر ہوتی ہیں۔

اس مرض کی کسی بھی اصابت میں، ان علامتوں پر جو کہ عفونت الدمی تسمّمیت پر منحصر ہوتی ہیں اور علامتیں بھی متزاد ہوسکتی ہیں جو سدادیت سے شرائین یا شریانچوں کا تسدد واقع ہونے کے باعث پیدا ہوجاتی ہیں۔ بعض اوقات دماغ کی ایک بڑی عرق کی سدادیت ہوکر فالج نصفی (hemiplegia) پیدا کردیگی۔ اگر ٹانگ یا بازو کی عرق مسدود ہوگئی ہے تو کلائی یا ٹخنے کے مقام پر کی نبض غائب ہوجائے گی۔ لیکن تاوقتیکہ ایک بہت بڑی عرق ماؤف نہ ہوجائے، گنگرین یا مردپن کا واقع ہونا ضروری نہیں۔ احشاء کے چھوٹے عروق کی سدادیتیں زیادہ اکثر الوقوع ہیں۔ اِسطرح اکثر طحال کی کلانی اور الیمیت پیدا ہوجاتی ہے، جو جزی مفعمات کی وجہ سے ہوتی ہے، اور طحال وزن میں ۲۰ تا ۳۰ اونس ہوسکتی ہے۔ مفعمات گردے میں بھی واقع ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اُن کے ساتھ درد بھی ہو اور قارورے میں البیومن یا خون نمودار ہوجائے۔ بعض اصابتوں میں جلد کے نیچے نمشی نزفات ظاہر ہوجاتے ہیں، جو عموماً چھوٹے ہوتے ہیں، اور دھڑ پر، ٹنگاسوں اور بغلوں کے گردوپیش واقع ہوتے ہیں۔ استثنائی حالات میں ممکن ہے کہ ایک پرپیوری حالت مہینوں تک موجود رہے۔ بعض اوقات جلد پر چھوٹے چھوٹے دردناک اِحمراری اورام نمودار ہوجائیں گے، بالخصوص ہاتھ کی انگلیوں کی خم پذیر سطحوں پر، اور چند روز رہکر پھر یہ اورام غائب ہوجاتے ہیں۔ یا ایک زیادہ گہرا درد ہوتا ہے، اور جسم یا جوارح کی عمیق تر بافتوں میں ایک نسبتہً بڑا اور الیم گومڑا جلد کے نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے، اور چند روز تک قائم رہتا ہے۔ ان کو آسلر کے نقاط (Osler's spots) کہتے ہیں اور یہ تحت الحاد مرض میں بالخصوص تشخیصی اہمیت رکھتے ہیں۔ یہ غالباً سدادی واقعات ہیں۔ شبکیہ میں اکثر نزفات دیکھے جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ نفث الدم

اور رُعاف بھی ہو۔ سدادی اعمال غالباً بعض التہابی حالتیں بھی پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً التہاب گردہ کی وہ قسم جو پہلے بیان کی گئی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 281)، اگرچہ یہ مشکوک ہے کہ یہ التہابی حالتیں عروقی نسدد کا نتیجہ ہوتی ہیں یا دقیق عضویوں کے داخل ہوجانے کا۔ التہاب گردہ یا منفعات کی وجہ سے البیومن بولیت اکثر واقع ہوجاتی ہے۔ بعض اوقات التہاب عصب بصری موجود ہوتا ہے۔

ایک خاص گروہ اُن کم و بیش مزمن اصابتوں کا ہے جنہیں تحت الحاد جراثیمی التہاب دروں قلبہ (bacterial endocarditis) یا بطی التہاب دروں قلبہ (endocarditis lenta) کہتے ہیں (19، 23، 24)۔ یہ مرض نامحسوس طور پر پیدا ہوجاتا ہے۔ مریض رفتہ رفتہ شاحب اور عدیم الدم ہوجاتا ہے، وہ انکسی میں مبتلا ہوجاتا ہے، تپش میں اکثر خفیف ارتفاعات ہوتے رہتے ہیں، جو اکثر ۱۰۰ درجہ فارن ہائٹ سے زائد نہیں ہوتے۔ اُنگلیاں ممیز طور پر گرزشکل ہوجاتی ہیں، اور طحال بڑی ہوجاتی ہے۔ کبھی کبھی نمشی (petechial) یا دوسرے سدادی علامات پائے جاتے ہیں، مثلاً خفیف البیومن بولیت ہوسکتی ہے، اور ممکن ہے کہ قارورہ کے امتحان سے دموی خلیات کی موجودگی ظاہر ہوجائے۔ نقاط آسلر مرض کی اِس قسم کے لئے بالخصوص ممیز ہیں۔

خبیث التہاب دروں قلبہ کی مدت نہایت مختلف ہوتی ہے۔ اِس کی بعض اصابتیں، جن میں مستمر ارتفاع حرارت کے سوائے اور کچھ نہیں ہوتا، چھ یا سات ماہ تک جاری رہتی ہیں۔ تقیح الدموی یا شدید محرقی قسم کی حالتیں، یا وہ جنہیں التہاب سحایا ہو، چند ہی ہفتوں یا دنوں میں مہلک ثابت ہوتی ہیں۔ موت عموماً فشل قلب، یا یوریا دمویت یا سدادیت کی وجہ سے واقع ہوتی ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار متفتری یا عفونی قسم کے ارتفاع حرارت، مصراعی مرض کی موجودگی، اور سدادیت کے متذکرہ بالا مظاہر پیدا ہوتا ہے۔ نیز نمایاں عدم دمویت اور التہابِ عصب بصری، جب یہ موجود ہوں، قیمتی امارات ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ ساری بیماری بھر میں خریر موجود نہ ہو، اور اگر موجود ہو تب بھی یہ مصراعی مرض انفلوئنزا، تپ محرقہ، یا تدرن کے امکان کو خارج نہیں کرتا۔ چنانچہ ممکن ہے کہ تشخیص کا انحصار

283

سراویتوں کے وقوع پر ہی رکھنا پڑے۔ خبیث التہاب دروں قلبہ اکثر غلطی سے تپ محرقہ سمجھ لیا جاتا ہے، لہذا امتحانات التزاقی (agglutinatosis tests) عمل میں لانے چاہئیں۔ بعض تحت الحاد اصابتوں میں طحال بڑھی ہوئی اور عدم دمویت اتنی زیادہ ہوسکتی ہے کہ طحالی عدم دمویت (splenic anaemia) کا شبہ پیدا ہوتا ہے۔ اِس کا امکان اُسوقت اور بھی زیادہ ہوتا ہے جبکہ سرخ نشاستے یا مخاطی جسلیوں کے نزفات موجود ہوں اور جبکہ خرخر یقینی طور پر غیر عضوی ہو۔ عفونی التہاب دروں قلبہ سے ملیریا کا گمان پیدا ہوسکتا ہے مسلسل ارتفاعِ حرارت جس کے ساتھ صریح امارات نہوں، آغاز پذیر دخنی متدرن (miliary tuberculosis) نیز خبیث التہاب دروں قلبہ دونوں کی وجہ سے ہوسکتا ہے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد ان میں سے کسی ایک نہ ایک مرض کے مخصوص مقامی امارات مشاہدے میں آجانے چاہئیں۔

خون کا امتحان نبقات سبحیہ اور دوسرے عضویوں کے لئے کرنا چاہئے۔

انذار۔ یہ نہایت بُرا ہوتا ہے، اور محرقی یا تقیح الدموی قسم کی ایک نمایاں اصابت سے شفایابی شاذ ہوتی ہے۔ اِس کے برعکس، تحت الحاد جراثیمی التہابِ دروں قلبہ کے حملوں کے بعد تخفیف ہوگئی ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ مختلف وقفے کے بعد پھر واقع ہوجائیں۔

تجویز۔ عفونی دانت نکالدینے کے بعد اِس کی اصابتیں واقع ہوگئی ہیں۔ بہت سے دانتوں کے نکالنے کے لئے سب سے زیادہ خالی از خطر طرز عمل یہ ہے کہ دندان ساز سے تمام دانتوں کو نہایت احتیاط کے ساتھ کُھرچوا کر صاف کرایا جائے اور ایک ہفتہ کے بعد پھر ایسا کرایا جائے۔ اور پھر چند دنوں کے بعد تمام دانتوں کو جن کا نکالدینا ضروری ہے ایک ہی وقت میں نکلوا دیا جائے۔ ایک وقت میں ایک ایک یا دو دو دانت کرکے عرصہ دراز میں دانتوں کے نکالنے میں یہ خطرہ ہے کہ مُنہ میں جو عفونی دانت پیچھے باقی رہ جاتے ہیں اُن سے زخموں کے سرایت زدہ ہوجانے کا اِمکان ہوتا ہے۔

علاج۔ بیشتر اصابتوں میں صریحاً اِس سے زائد نہیں ہوسکتا کہ تخفیفِ مرض

کردے - جیسا کہ تقنیح الدم میں کیا جاتا ہے ' اگر کوئی زخم یا جلدی قرحہ (sore) ہو تو اسے عدیم العفونت کردینا چاہئے ' اور کونین (۵ گرین) ' سوڈیم سلفوکاربونیٹ (۱۰ تا ۳۰ گرین) ' یا سوڈیم بینزوئیٹ (۲۰ گرین) کی خوراکیں بار بار دیکر مرض پر اثر ڈالنے کی سعی کرنی چاہئے - چند اصابتوں میں ضد نبقی سبحی مصل یا خود زاد جُدرین کے تحت الجلدی اشراب سے اچھے نتائج مترتب ہوئے ہیں - لیکن بعض اوقات خون میں کوئی دقیق عضویوں کا ملنا ناممکن ہوتا ہے ' اور جب وہ پائے بھی جائیں اور جدرین تیار بھی کرلی جا سکے تو شاذ مستثنیات کے سوائے وہ اکثر بیکار ہوتی ہے - جب عضویہ تفرید کرلیا گیا ہو تو ایک اور امید افزا طریقہ علاج یہ ہے کہ مریض کے کسی رشتہ دار میں اُس کی تطعیم کرکے اُس رشتہ دار سے مریض میں مناعتی نقل الدم عمل میں لایا جائے تمریض اور غذا کے متعلق ان عام قواعد پر عمل کرنا چاہئے جو حمائی حالتوں میں استعمال کئے جاتے ہیں - اگر ضرورت ہو تو قابضات سے اسہال وافر کو روکا جا سکتا ہے - ہذیان شاذ ہی اسقدر تند ہوتا ہے کہ اُس کے لئے کسی خاص علاج کی ضرورت پیش آئے - یہ قدرتی امر ہے کہ مہیجات دئے جاتے ہیں ' کیونکہ قلب کا فعل جلد ہی خطرناک طور پر متاثر ہو جاتا ہے -

علائمیۂ جہد

(EFFORT SYNDROME)

(قلب کا غیر منتظم فعل - سپاہی کا قلب)

(disordered action of the heart, soldier's heart)

گذشتہ جنگ کے دوران میں جنگی جدوجہد کے وہ اثرات جو سپاہی کے قلب پر طاری ہوتے ہیں ہمیشہ زیر مشاہدہ و مطالعہ رہے - ہزارہا سپاہی مختلف اوقات میں ایسے علامات کی بنا پر معذور الخدمت قرار دئے گئے جن سے ایک کمزور قلب یا مرضی قلب کا پتہ چلتا تھا ' اور ایسی مثالوں میں مریض کے قلبی یا دیگر ضرر کی نوعیت پر ' اس ضرر کے بہترین طریقۂ علاج پر ' نیز مریض کی جنگی ملازمت کے

مستقبل کے انذار پر، یعنے اُس کی موقوفی یا خدمت پر بحال ہونے کے متعلق غور و خوض کرنا پڑتا تھا۔ اِس موضوع پر اُس روئداد میں بحث کیگئی ہے جو ٹی لیوس (T. Lewis) نے مجلس تحقیقات طبی کی خدمت میں پیش کی (خاص روئدادوں کا سلسلہ ۸ ۱۹۱۸ء)۔ اور اِس اہم روئداد میں اُن ایک ہزار سپاہیوں کے مطالعہ کے نتائج درج کئے گئے ہیں، جو قلبی عروقی نظام کے حقیقی یا فرضی نقائص کی بنا پر دوران تربیت میں یا فاعلی جنگی خدمت کے زمانہ میں بیمار قرار دیدئے گئے تھے۔

بحث اسباب ۔ متعدد مختلف حالتوں میں (مثلاً تدرن، جوفی گلہڑ، مصراعی مرض قلب، اور بعض دوسری ایسی حالتوں میں جن میں جسم کے اندر کوئی صریح ضرر موجود نہیں ہوتا) ایک متعین علاماتی مخلوط موجود ہوتا ہے، جسے علائمیۂ جہد کہتے ہیں۔ آخرالذکر قسم کی اصابت کو (یعنے جبکہ جسم میں کوئی دوسرا ضرر موجود نہو) "قلب کا غیر منتظم فعل" کہتے ہیں۔ اس نام پر اعتراض کیا جاتا ہے، کیونکہ یہ صرف قلب ہی کیطرف اشارہ کرتا ہے اور اِسطرح مریض پر ایک بُرا اثر پیدا کردیتا ہے۔ لیوس کا میلانِ خیال یہ ہے کہ اِس مرض میں خود قلب کا فعل ایک ذیلی کیفیت ہے۔

284

مطالعہ اور معالجہ سے پہلے اُن دوسرے امراض کو علٰحدہ کردینا ضروری ہے جو یہی علامات پیدا کردیتے ہیں۔ بالخصوص مصراعی مرضِ قلب کے متعلق یہ سمجھا جاتا ہے کہ اس میں اورطی یا مطرانی انبساطی اور پیش انکماشی خریرات ظاہر کرنے والی اصابتیں شامل ہیں لیکن وہ اصابتیں شامل نہیں کہ جن میں انکماشی خریرات خواہ قاعدۂ قلب یا راس پر موجود ہوں، کیونکہ اِس قسم کے خریر کی اہمیت غیر یقینی ہوتی ہے۔ سپاہیوں میں انکماشی خریرات کی موجودگی شاذ ہی مصراعی مرض پر دال ہوتی ہے، اور اِس حالت میں مصراع کو جو نقصان پہنچا ہوتا ہے وہ اکثر محض خفیف سا ہوتا ہے۔ مزید برآں صرف انکماشی خریر کی بنا پر معذورالخدمت قرار دیدیئے ہوئے مریض امتحان کرنے پر تقریباً تمام مثالوں میں فاعلی خدمت کے قابل پائے جاتے ہیں۔

یہ عارضہ خاص کر قعودی پیشہ کے اشخاص میں پایا جاتا ہے، اور بالخصوص زیادہ ذہین کارکنوں کی جماعت میں ہوتا ہے۔ فطرتاً یہ لوگ زیادہ حساس ہوتے ہیں۔ اِن میں منشیات سے قطعی پرہیز کا رواج ہوتا ہے (۲۵۴ مثالوں میں ۵۲ فیصدی)۔

زہراوی امراض کی روئداد نہایت شاذ ہوتی ہے، بلکہ اس کے برعکس اکثر استنابالید یعنے ملق زنی پائے جانے کا یقین ہوتا ہے۔

غالباً عصب تائیہ کا فعل غیر طبعی ہوتا ہے، جیسا کہ دوران تنفس میں شرح نبض کے تغیر سے ظاہر ہوتا ہے، اور بعض اوقات نبض نہایت آہستہ ہو جاتی ہے جس کے ساتھ غشی کے دورے ہوتے ہیں۔

نظام مشارکی، اڈرینالین (adrenalin) اور اپوکوڈینا (apocodeine) سے اس سے زیادہ آسانی کے ساتھ متہیج اور منخفض ہو جاتا ہے کہ جتنا معمولی حالات میں ہوتا ہے۔ اس سے معلوم ہوتا ہے کہ قلبی تیزی کا سبب مشارکی ہیجان ہو سکتا ہے۔

اس کا کوئی ثبوت موجود نہیں کہ بیش درقیت (hyperthyroidism) اس کا سبب ہے۔ تجربات سے ظاہر ہو گیا ہے کہ درقی کے استعمال کی برداشت یہ مریض بالکل اسی طرح کر سکتے ہیں جس طرح کہ طبعی اشخاص۔

قلب میں طبیعی امارات موجود نہ ہونے کے باوجود مریضوں میں روماتزمی روئداد کے ورود کی زیادتی اس امکان پر دلالت کرتی ہے کہ بہت سی اصابتوں میں عضلۂ قلب کا ابتدائی تغیر اس کا سبب ہو سکتا ہے۔ تاہم ورزش کے بعد فور آسد دگی قلب (heart block) ہونے کے آثار نہیں پائے جاتے، جیسا کہ برقی قلب نگار سے ظاہر ہوتا ہے، اور یہ عموماً ایک قابل قدر امارت ہوتی ہے۔

خون کی کاشتیں منفی ہوتی ہیں۔

یہ اغلب نہیں معلوم ہوتا کہ تمباکو نوشی اس حالت کا سبب ہے، اگرچہ یہ ثابت ہو چکا ہے کہ تمباکو ان مریضوں میں شرح نبض کو اس سے زیادہ کر دیتا ہے کہ جتنی طبعی اشخاص میں ہوتی ہے۔ اولاً تو یہ حالت عام طور پر، دوسری ہندوستانی فوجوں کی طرح، سکھ سپاہیوں میں بھی پائی جاتی ہے جو کہ تمباکو نہیں پیتے۔ علاوہ ازیں تمباکو کا صرفہ عموماً غیر معمولی مقدار میں نہیں ہوتا، اور کافی حیرت انگیز امر یہ ہے کہ زیادہ تمباکو پینے والے اُس سے زیادہ فیصدی تعداد میں کام پر واپس آ جاتے ہیں جتنی تعداد میں کم پینے والے آتے ہیں، گو کہ تمباکو مطلق نہ پینے والے اشخاص سب سے زیادہ اچھی حالت میں ہوتے ہیں۔ اس کی صریح وجہ یہ ہے کہ کم پینے والے اشخاص

تمباکو کے اتنے عادی نہیں بنتے کہ جتنے زیادہ پینے والے بن جاتے ہیں - اس میں کوئی شک نہیں کہ تمباکو نوشی اس حالت میں زیادتی کر دیتی ہے ۔

ممکن ہے کہ اِس حالت کا بنیادی سبب کسی قسم کا تسمم الدم ہو - اس حالت کا علاماتی مخلوط اُس سے بہت مشابہ ہوتا ہے جو ابتدائی تدرّن میں پایا جاتا ہے اور اکثر ماسبق مرضیت کی روئداد ملتی ہے - ۵۰ تا ۶۰ فیصدی اصابتوں میں اِس عارضہ کی پیدائش میں سرایتوں کے کارفرما ہونے کا شبہ درست معلوم ہوتا ہے ۔

علامات ۔ " علامیہ جہد " حسب ذیل علامات پر مشتمل ہوتا ہے :- سانس پھولنا - یہ علامت ہمیشہ پائی جاتی ہے ' بالخصوص محنت کرنے کے بعد - بیداری کے اوقات میں ۲۰ تا ۳۰ کی شرح تنفس کا پایا جانا کسی طرح بھی شاذ نہیں - دورانِ خواب میں شرح تنفس طبعی ہوتی ہے ' اور اگر مریض آرام سے بستر پر لیٹا رہے تو یہ شرح عموماً نہیں بڑھتی - درد - یہ مریضوں کی تقریباً تین چوتھائی تعداد میں پایا جاتا ہے ' اور اس کی نوعیت پیش قلبہ پر بیقراری سے لیکر ذبحی توزیع رکھنے والے درد تک اختلاف پذیر ہوتی ہے - یہ خاصکر ورزش کے ساتھ متلازم ہوتا ہے - خستگی ایک تقریباً مستقل علامت ہوتی ہے - یہ مسلسل جہد کرنے سے پیدا ہوتی ہے ' اور اُس خستگی سے بدرجہا زائد ہوتی ہے جو ایک تندرست شخص میں تھکان کے باعث پیدا ہو جاتی ہے - دورانِ سر اور غشی - دورانِ سر ایک تقریباً مستقل علامت ہے ' اور تبدیل وضع اور جہد کے ساتھ متلازم ہوتی ہے - غشی کے دَورے نسبتہً کم عام ہیں - اختلاج اکثر ہوا کرتا ہے ' بالخصوص ورزش کے ساتھ - یہ عموماً سریع اور زوردار ضرباتِ قلب کی وجہ سے ہوا کرتا ہے ' اور اکثر متزاد انکماشات کی وجہ سے یا کسی دیگر واضح قلبی بےنظمی کی وجہ سے نہیں ہوتا - تاہم متزاد انکماشات ہوتے ضرور ہیں ' اور تنفس کے ساتھ جوفی عدم توازن (sinus arrhythmia) کا وقوع غیر عام نہیں - درد سر تقریباً ہمیشہ ہوا کرتا ہے - پسینہ آنا اور برودتِ جوارح عام ہے - پلوکارپین (pilocarpine) کے لئے مجیبیت معمول سے زائد ہوتی ہے - مزاج کا چڑچڑاپن ' بےخوابی ' توجہ قائم رکھنے کی ناقابلیت ' تزلزل ' ہاتھوں کا رعشہ ' اور تمتماہٹ عام ہیں - کسی بھی شکل میں الکحل لینے کے لئے بےرغبتی ہونا (جو بعض اوقات

285

تقویٰ کی بنا پر ہوتی ہے، لیکن اُسیقدر عام طور پر گمن کے سبب سے بھی) ایک اکثر الوقوع اور حیرتناک ایتلاف سمجھنا چاہئے۔

طبعی امارات حسب ذیل ہیں:۔ قلب کی شرح کی زیادتی، جو جذبات ورزش، یا تبدیل وضع (مثلاً اضطجاعی وضع بدلکر کھڑی وضع میں ہوجانے) کی معیبیت میں بالخصوص نمایاں ہوتی ہے۔ ایک ممتاز اور وسیع طور پر مسلمہ امارت یہ ہے کہ جہد کے بعد شرحِ نبض کی واپسی سست ہوتی ہے۔ جب مریض آرام میں ہو تو خون کا دباؤ عموماً طبعی ہوتا ہے، لیکن جذبات اور جہد کی معیبیت مبالغہ کے ساتھ ہوتی ہے اور اکثر بلند مقروأت حاصل ہوتے ہیں۔ منتشر ضربۃ الراس عام ہے، اور ممکن ہے کہ اِس کے ساتھ صدمہ کی قوت کی زیادتی ہو یا نہ ہو۔ یہ عموماً اِتساعِ قلب کی طبعی امارت سمجھی جاتی ہے، لیکن صحیح دروں نگار (orthodiagraph) کے ذریعہ لاشعاعی امتحان کرنے سے ظاہر کرتا ہے کہ قلب کی کوئی کلانی نہیں ہے، چنانچہ یہ امارت ناقابلِ اعتبار ہے۔ حقیقت میں قلب چھوٹا ہوتا ہے (56)۔ عمیق معکوسات عموماً زیادہ ہوجاتے ہیں۔ قارورہ ۶۰ فیصدی اصابتوں میں بیش ترشئی ہوتا ہے اُس کی مقدار کم ہوجاتی ہے، اور اَمونیا اور اَمینو ایسڈز زیادہ ہوجاتے ہیں ۲۰ فیصدی میں حجم بھی کم ہوجاتا ہے، اور قارورہ میں فاسفیٹس جم جاتے ہیں۔ اُمونیا مقدار میں طبعی ہوتا ہے لیکن اَمینو ایسڈز زیادہ ہوجاتے ہیں۔ بہ حیثیتِ مجموعی قارورہ میں کیلسیم آگزیلیٹ کی قلمیں اکثر پائی جاتی ہیں، اور ۱۵ فیصدی اصابتوں میں صبح کے قاروروں میں کثیر التعداد جوبناتِ منویہ پائے گئے ہیں۔ خون میں سپید خلیتوں کی کثرت ظاہر ہوتی ہے، اُن کا اوسط ۱۲۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر ہوتا ہے، اور لمفی خلیات زیادہ ہوجاتے ہیں۔ سپید خلیتوں کی معمول سے زیادہ کثرت ورزش کے بعد مشاہدے میں آتی ہے، لمفوسائٹس زیادہ ہوتے ہیں، اور علامات کی شدت سپید خلیتوں کی کثرت کے ساتھ متوازی ہوتی ہے۔ برقی قلب نگارشیں کوئی غیر طبعی امر نہیں ظاہر کرتیں۔

انذار - عیاراتِ ذیل کے ذریعہ یہ فیصلہ کیا جاسکتا ہے کہ آیا مریض آیندہ زمانہ میں صرف قعودی کام کے قابل ہوگا:۔ روماتزمی تپ کی سرگذشت، محنت کرنے پر

سانس کا مواظب شدت کے ساتھ پھولنا، پیش قلبی درد جو اتنا کافی شدید ہو کہ ورزش میں مزاحم ہو، ۱۲۰ یا زائد کی شرحِ نبض حتیٰ کہ اضطجاعی وضع میں بھی، ایسے علامات جو سالہا سال سے موجود رہے ہوں، گو وہ محض معتدل شدت کے ہوں۔ مریضوں کے امتحان کا ایک طریقہ یہ ہے کہ انھیں تیس پیڑھیوں (steps) کے ایک زینہ پر چڑھنے دیا جائے، اور ان علامات کو دیکھا جائے :- چہرہ پر تشویش کے آثار، شرحِ تنفس ۳۵ یا زائد، جو اسوقت بھی قائم رہے جبکہ مریض لیٹا ہوا ہو اور اس سے وقتاً فوقتاً سوالات کئے جا رہے ہوں، شرحِ نبض ایسی ہو کہ دو منٹ تک لیٹنے کے بعد بھی قبل ورزشی لیول اور اس میں ۵ ضربات سے زیادہ کا وقفہ ہو۔

جو اشخاص ابتک خارج نہیں کئے گئے ہیں، اُن سب کا علاج تدریجی ورزشوں سے کیا جاتا ہے۔ منتخب فوجی ورزشیں کام میں لائی جاتی ہیں، جن سے لوگ بڑی حد تک واقف ہوتے ہیں، اور ان کی تکمیل کے لئے ہلکے یا پورے سامان کے ساتھ منزلیں طے کرائی جاتی ہیں۔ یہ ورزشیں ترقی پذیر شدت کے ساتھ گروہوں میں مرتب کی جاتی ہیں، اور مریض ہر تیسرے یا چوتھے دن بلند تر درجہ میں داخل کر دیا جاتا ہے۔ ورزشیں روزانہ پندرہ یا تیس منٹ تک جاری رکھی جاتی ہیں۔ فرائض کی انجام دہی کے لئے اشخاص کی جماعت بندی اس بنا پر کی جاتی ہے کہ بلند ترین درجہ کی ورزشیں جو وہ بلا تکلف برداشت کر سکتے ہوں کتنی ہے۔ آدمیوں کی جماعت بندی کے لئے اوسطاً ڈیڑھ مہینے کا عرصہ ضروری ہوتا ہے۔ شفاخانہ سے خارج کردہ ۲۲۰ سپاہیوں میں سے ۱۸۲ (۸۳ فیصدی) ایسے تھے جو تین ماہ کے بعد کسی نہ کسی حیثیت سے پھر بھی کام کے قابل تھے۔

تحریز۔ اُن رنگروٹوں کے لئے جن کا پیشہ قعودی رہا ہو ایک طویل اور تدریجی تربیت کی ضرورت ہے (کیونکہ یہی مریضوں کا ایک نہایت کثیر تناسب بناتے ہیں)۔ اسیطرح حمائی عارضہ یا عوارض امعاء کے بعد ایک طویل ترنقیہیت کی، اور ساتھ ہی مکرر تربیت کے ایک تدریجی نظام کی ضرورت ہے۔

علاج۔ یہ سرایت کے مقامی مراکز کے خارج کر دینے (بوسیدہ دانتوں کے اُکھاڑ دینے، لوزتین کے نکالدینے، وغیرہ) پر مشتمل ہوتا ہے۔ ایمیٹین بسمتھ

آیوڈائڈ (emetine bismuth iodide) کے ذریعہ مخفی زحیری سرایت کے خارج کر دینے سے اس حالت میں بارہا تخفیف ہوگئی ہے۔ اگر علامات تازہ ہیں تو فوجی پریڈ اور ورزش سے کچھ عرصہ کے لئے آرام دینا مناسب ہے، گر بستر پر آرام کرنا مضر ہے اور اس سے ہمیشہ احتراز کرنا چاہئیے۔ باستثنائے اس صورت کے کہ جب شدید پیش قلبی درد، دردِ سر، یا دوران سر موجود ہو۔ شغل کی صرف تدریجی ضرورت ہے، بالخصوص کھلی ہوا میں کام جیسے کہ باغبانی۔ مریضوں کی ہمت افزائی کے لئے ان کو یقین دلانا چاہئیے کہ اُن کا مرض شفا پذیر ہے، اور یہ کہ اصلاح واضح طور پر معلوم ہو رہی ہے۔ قلب پر خاص توجہ نہیں دینی چاہئیے۔ تمباکو، حالتِ آرام کی شرحِ نبض کو اور ورزش کے بعد کی علامتوں کو بڑھا دیتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں برومائڈز مفید ہوتے ہیں۔ اہم ترین علاج تدریجی ورزشوں کے ذریعہ سے ہے۔ ڈیجیٹالس سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔

پیدائشی تشوہات

(CONGENITAL MALFORMATIONS)

قلب کے تشوہات، اس کے نمو کے نقائص سے پیدا ہوتے ہیں۔ یہ نمو طبعی طور پر اُس وقت تکمیل کو پہنچتا ہے جب کہ قنات شریانی (ductus arteriosus) اور سوراخ بیضوی (foramen ovale) کی مسدودی واقع ہوتی ہے، جو کہ پیدائش کے چند روز بعد واقع ہوتی ہے۔ کسی درجہ میں بھی اس مسدودی کے عمل کا ایقاف ہو جانے سے ایک پیدائشی تشوہ پیدا ہو جائے گا۔ بعض اوقات یہ ایقاف اسقدر جلد واقع ہو جاتا ہے کہ قلب میں صرف دو ہی کہفے بننے پاتے ہیں، یعنے ایک اُذین اور ایک بطین۔ یا تین کہفے بننے پاتے ہیں، یعنے ایک بطین اور دو اُذین۔ لیکن ایسی حالتیں نہایت شاذ ہوتی ہیں، اور ان کو ظاہر کرنے والے بیشتر بچے پیدائش کے بعد تھوڑے ہی عرصہ تک زندہ رہتے ہیں۔ ریوی ضیق (pulmonary stenosis) اور بین بطینی فاصل (interventricular septum) میں سوراخ کا اجتماع، ایک عام ترین ضرر ہے۔ یہ ضیق یا تو ریوی مصراعات کے جڑ جانے سے، یا اُن کے عین نیچے کے

ملقہ کے تضیق سے، یا خود قمع (infundibulum) کے تضیق کی وجہ سے، یا قمع اور بطین کے درمیان ایک نامکمل فاصل ہونے کے سبب سے پیدا ہوجاتی ہے۔ کیتھ (Keith) کی رائے ہے کہ ایسی حالتیں ہمیشہ نقائصِ نمو کی وجہ سے یا بصلۂ قلب (bulbus cordis) کے نہ پھیلنے سے ہوا کرتی ہیں، اور دروں رحمی التہابِ دروں قلبہ (intrauterine endocarditis) کی وجہ سے ہرگز نہیں ہوتیں۔ اگر دائیں بطین کا مخرج جنینی زندگی میں اِسطرح مسدود ہوجائے تو اُس لحفہ کے اندر کا دباؤ اسوجہ سے کم ہوجائے گا کہ خون بین البطینی فاصل کے سوراخ میں سے بہ کر بائیں بطین کے اندر چلا جائیگا۔ اور ایسی صورت میں یہ فتحہ مستقلاً باقی رہ جاتا ہے۔ نمو کے اُس مرحلہ کے لحاظ سے جس میں یہ ایقاف واقع ہوا ہے، ممکن ہے کہ یہ سوراخ نہایت بڑا ہو یا اس کے خلاف بالائی حصّے میں محض ایک انثقاب ہی ہو۔ اِس آخرالذکر حالت میں یہ روزن جزوِ غشائی (pars membranacea) میں واقع ہوتا ہے۔ جب سوراخ بڑا ہوتا ہے تو اورطی اکثر دائیں بطین سے یا دائیں اور بائیں دونوں بطینوں سے نکلا ہوتا ہے، اور سوراخ بیضوی یا شریانی قنات یا یہ دونوں نفوذ پذیر ہوتے ہیں۔ ریوی ضیق اور سوراخدار بین البطینی فاصل دونوں الگ الگ بھی واقع ہوسکتے ہیں۔ چند شاذ اصابتوں میں دونوں بطینوں کے درمیان کا راستہ دائیں عقبی مصراع سے نیچے نہیں بلکہ اگلے اورطی مصراع (کہ جس کے اوپر دائیں اکلیلی شریان نکلتی ہے) سے نیچے پایا گیا ہے۔ ایسی صورت میں وہ جزوِ غشائی کے سامنے ہوتا ہے اور دائیں بطین کے قمع کے اندر وا ہوتا (27)۔

بعض اوقات اورطی دہنہ یا ایک اُذینی بطینی دہنہ کا تضیق یا انطماس واقع ہوجاتا ہے جو کہ دورانِ خون کے مَمَر اور قلب کے طبعی نمو میں مداخلت واقع کرتا ہے۔ اور اُورطی اور ریوی شریان کی مکمل معکوس وضعیت (transposition) اور عروق کی دوسری پیچیدہ معکوس وضعیتیں بھی پائی گئی ہیں۔

ممکن ہے کہ قناتِ شریانی اور سوراخ بیضوی غیر مسدود رہ جائیں اور یہ بلا کسی صریح سبب کے ہو (غالباً یہ پیدائش کے وقت دورانِ خون میں ایک عارضی تسدد ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے)۔ تاہم سوراخ بیضوی کا کم و بیش انفتاح تقریباً ۳۰ فیصدی

تندرست شخصوں میں بھی واقع ہوتا ہے اور ایسی صورت میں ایک شق محض یا تنگ معدائ دار فتحہ ایک کہفہ میں سے دوسرے کہفہ میں خون کے گزرنے کا امکان پیدا نہیں کرتا۔

ممکن ہے کہ اورطی یا ریوی شریان میں تین سمی نما مصراع ہونے کے بجائے صرف دو ہی ہوں یا چار ہوں۔ یہ تغیر دوسرے تشوہات کے ساتھ پایا جا سکتا ہے، لیکن اگر تنہا یہی ہو تو وہ مابعد زندگی کے مرض کا غلک بنیاد رکھتا ہے اور پیدائش کے وقت مشکلات پیدا کر دینے کا رجحان کم رکھتا ہے۔

امراضیات۔ قلب کا نمو موقوف یا ناقص ہونے کے سبب کے متعلق درحقیقت اس سے زیادہ کچھ معلوم نہیں جتنا کہ جسم کے دوسرے حصوں کے پیدائشی تشوہات کے متعلق معلوم ہے۔ پیدائشی مرض قلب کے ممیز ترین علامات میں سے ایک علامت زراق ہے اور وہ زراق نومولود (morbus cæruleus) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ عمومی زراق کے سبب پر بعض تازہ مشاہدات سے روشنی پڑتی ہے (14) (۱) زراق کا سبب یہ ہو سکتا ہے کہ محیطی شعریات میں خون کا سست دوران ہو اور اس کے نتیجہ کے طور پر واپس آنے والے خون میں اس سے کم آکسیجن موجود ہو کہ جتنی معمولی طور پر ہوتی ہے۔ (۲) یا یہ ہو سکتا ہے کہ شریانی خون آکسیجن سے کامل طور پر سیر شدہ نہ ہو۔ بلاشبہ ان دونوں عوامل کا اجتماع ہو سکتا ہے، اور اگر خون کے سرخ خلیے زیادہ ہو گئے ہیں تو زراق اور بھی شدید ہو جاتا ہے۔ ایک باریک سوئی کے ذریعہ کعبری یا عضدی شریان سے براہ راست لئے ہوئے خون کے آکسیجن مافیہ (oxygen content) کی تعیین ظاہر کرتی ہے کہ بلاشبہ نمایاں اصابتوں میں کسی قدر شریانی بے سیری بھی موجود ہو سکتی ہے، تاہم اکتسابی مرض قلب کے زراق کا خاص سبب محیطی رکود ہی ہے۔ شریانی خون میں آکسیجن کی معمول سے بھی کم مقدار کا موجود ہونا ان اسباب کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ (الف) پھیپھڑوں میں گیسوں کے باہمی تبادلہ میں کوئی رکاوٹ ہو، جیسی کہ اذیما ذات الریہ، شبہی تشنج یا مزمن ریوی مرض میں واقع ہو سکتی ہے۔ (ب) کثرت خلیات احمر انتہائی ہو اور خون ریوی شعریات کے اندر اتنے عرصہ تک نہ ٹھہرتا ہو کہ جس سے تمام نسیمات معمولی طور پر سیر شدہ ہو جائیں۔ (ج) منہ یافتہ خون پھیپھڑوں اور نظامی وریدوں سے آتے ہوئے خون کا آمیزہ ہو، جیسا کہ سوراخ دار بطینی

287

فاصل یا مفتوح سوراخ بیضوی اور مستلازم پیدائشی ریوی ضیق کی حالت میں واقع ہو سکتا ہے۔ پھیپھڑوں کے اندر خون کی سست رفتاری جیسی کہ اکتسابی مرض قلب میں ہوا کرتی ہے، بذاتہٖ خود اس امر کا رجحان رکھتی ہے کہ شریانی خون کی سیری کی تکمیل کر دے۔ کیونکہ ایسی صورت میں آکسیجن کے اخذ کئے جانے کے لئے بہت وقت حاصل ہوتا ہے۔ پیدائشی مرضِ قلب کی بعض اصابتوں میں، جن میں زراق نمایاں درجہ کا تھا، یہ پایا گیا کہ شریانی خون آکسیجن سے صرف ۷۰ تا ۸۰ فی صدی کی حد تک سیر شدہ تھا۔ جب مریض نے ایک چہرہ پوش اور مصراعوں کے ذریعہ سے نصف گھنٹے تک خالص آکسیجن کا استنشاق کیا، تو یہ سیری ۹۰ فی صدی سے ذرا ہی زیادہ ہو گئی۔ ایسا ہونا اس امر کی تغلیط نہیں کرتا کہ شریانی خون ریوی اور وریدی خون کے آمیزے سے مرکب ہے، کیونکہ آکسیجن دے کر اس کی سیری کامل طور پر کر دینا ناممکن تھا۔ ساتھ ہی پیدائشی مرضِ قلب میں محیطی رکود بھی ایک جزو عامل کے طور پر موجود رہ کر زراق کو زیادہ کر دیتا ہے۔

عام ضرر ریوی ضیق کے ساتھ ایک سوراخدار فاصل کا جمع ہونا ہے۔ بعض اوقات ضیق اتنی انتہائی ہوتی ہے کہ اس راستہ سے پھیپھڑوں تک نہایت تھوڑا خون پہنچ سکتا ہے۔ تقریباً وہ سب کا سب اُورطی کے اندر چلا جاتا ہے اور بائیں بطین سے آنے والے خون کے ساتھ شامل ہو جاتا ہے۔ ان انتہائی اصابتوں میں شعبی شرائین متسع ہو جاتی ہیں اور پھیپھڑوں میں خون کی ایک خاصی رسد اُن تفممات کے ذریعہ سے پہنچ جاتی ہے جو شعبی شرائین اور ریوی شریان کی چھوٹی شاخوں کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ ایک اصابت میں ریوی مصراع بالکل مسدود پایا گیا اور ریوی رقبہ پر کوئی انکماشی خرخر نہیں سنائی دیتا تھا۔ مریض نہایت نیلا تھا۔ قلب معمول کے نسبت ذرا ہی سا بڑا تھا، کیوں کہ تمام خون اُورطی کے اندر چلا جاتا تھا اور کوئی زائد از معمول مزاحمت نہ تھی (14- اصابت 15)۔ اگر ریوی مصراع باوجود متضیق ہونے کے مفتوح ہو تو اُورطی کے اندر کم خون جائے گا۔ دایاں بطین بیش پرورده اور متسع ہو سکتا ہے، اور ریوی رقبہ میں ایک انکماشی خرخر شاید ایک ذبذبہ ہوگا۔ بعض اصابتوں میں یہ قصر دور ایک سوراخدار فاصل کے ذریعہ نہیں بلکہ ایک مفتوح سوراخ بیضوی کے ذریعہ عمل میں آتا ہے۔ اگر ریوی مصراع طبعی حالت میں ہے، تو مفتوح سوراخ بیضوی یا مفتوح سوراخ فاصل کوئی فعلی اہمیت نہیں رکھتا کیونکہ اس

صورت میں ایسی کوئی چیز نہ ہو گی جو خون کو معمولی طریقہ پر پھیپھڑوں کے اندر سے ہو کر گزرنے میں مانع ہو۔ زیادہ سے زیادہ یہ ہو گا کہ تھوڑا خون بائیں بطین میں سے دائیں میں چلا جائے اور اس طرح پھیپھڑوں میں سے دوسری بار سفر طے کرے۔ ایک مفتوح قناۃ شریانی' جو بیوی نیشوتی) اور سوراخ ذار فاصل کے ہمراہ پائی جائے' مخلوط شریانی خون کے پھیپھڑوں میں سے ہو کر گزرنے کے لئے ایک مزید راستہ مہیا کر دے گی۔ اگر وہ الگ موجود ہو تو اس کی کوئی عملی اہمیت نہ ہو گی۔

علامات۔ جب زراق موجود ہوتا ہے تو وہ چہرے کے ابھرے ہوئے حصوں یعنی رخساروں' لبوں' ناک' اور کانوں میں' اور ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں میں نمایاں ہوتا ہے۔ خفیف اصابتوں میں) وہ صرف اس سے زیادہ شوخ سرخی ہوتی ہے کہ جتنی طبعی سرخی ہوتی ہے۔ شدید ترین اصابتوں میں وہ تقریباً سیاہی کی حد تک ارغوانی ہوتی ہے' اور اگر کوئی زور لگایا جائے تو اس سے عروق کا پھولنا فی الفور زیادہ ہو کر ارغوانی رنگ زیادہ گہرا ہو جاتا ہے۔ اس مرض کے متعلق یہ ایک حیرت ناک واقعہ ہے کہ گو زراق انتہائی درجہ کا ہو تاہم بحالت سکون مریض کی سانس نہیں پھولتی۔ مزمن زرقہ ماؤف حصوں کی دبازت پیدا کر دیتا ہے' اور ناک اور لب موٹے ہو جاتے ہیں' اور ہاتھ اور پاؤں کی

288

انگلیوں کے ظفری سلامیات (ungual phalanges) ان سے بہت زیادہ موٹے ہو جاتے ہیں کہ جتنے انگلیوں کے بقیہ حصے ہوتے ہیں' یعنی وہ گرز شکل ہو جاتے ہیں (آگے ملاحظہ ہو)۔ خون میں سرخ جسیمات کی وہ حیرت ناک زیادتی (**کثرت خلیات احمر**) پائی جاتی ہے' جو زراق کی بہت سی قسموں میں پائی جاتی ہے۔ چنانچہ ان جسیمات کی تعداد ۸,۰۰۰,۰۰۰ سے ۹,۰۰۰,۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر پائی گئی ہے۔ اور ممکن ہے کہ ہیموگلوبین طبعی کی ۱۱۰ فی صدی سے لے کر ۱۶۰ تک پہنچ جائے۔ مریض بعض اوقات دوران سر' غشی' تشنجات اور بیہوشی میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ چونکہ آسانی سے بہر طاری ہو جاتا ہے لہذا وہ زیادہ محنت کے ناقابل ہوتا ہے۔ نیز وہ سردی اور تکشف کی خاص حس پذیری رکھتا ہے' اور نازلتی التہاب شعبات کے حملوں میں باسانی مبتلا ہو جاتا ہے۔ آخری درجوں میں ٹانگوں کا اوذیما' استسقاء شکمی' بڑھا ہوا جگر' اور البیومن بولیت پائی جاتی ہے۔ یا مریض شعبی التہاب کا شکار ہو جاتا ہے۔ یا غشی کا

تمدنی مرض، موت کا سبب ہوتا ہے۔

طبیعی امارات۔ نہایت عام طور پر ایک انکماشی خریر سنائی دیتا ہے، جو پیدائشی ریوی ضیق میں ریوی رقبہ پر بلندترین سنائی دیتا ہے لیکن وہ متصلہ فضاؤں پر بھی سنائی دے سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ ایک ذبذبہ بھی ہو۔ قلب کے دائیں جانب کے اتساع اور بیش پرورش کی وجہ سے اصمیت عظم القص کے دائیں جانب تک پھیل سکتی ہے۔ خالص ریوی ضیق میں یہ نہایت نمایاں ہوتا ہے۔ اگر ضرر صرف فاصل کا سوراخ ہی ہے تو عظم القص کے قریب تیسری دائیں فضا میں اتم شدت کا ایک انکماشی خریر ہوتا ہے، جو باہر کی طرف منتقل ہوتا ہے اور اکثر ایک ذبذبہ بھی ہوتا ہے، لیکن زراق نہیں ہوتا۔ مفتوح قناۃ شریانی اکثر ایک طویل خریر پیدا کر دیتی ہے، جو انکماش اور انبساط میں جاری رہتا ہے اور اپنی بلندی میں مدوجزر ظاہر کرتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۰ د صفحہ 220)۔

پیدائشی مرض قلب کی مختلف قسمیں لاشعاعی امتحان کرنے پر مخصوص و ممیزہ ظاہر پیش کرتی ہیں۔ مثلاً خالص ریوی ضیق میں جو نادر الوقوع ہے، دائیں بطین کی بیش پرورش اور دائیں اُذین کے اتساع کے باعث، قلب کی شکل ممیز ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۲ ب)۔ ممکن ہے کہ تسدد کے مقام سے آگے ریوی شریان کا اتساع ہو۔ اس کا سبب بالکل غیر واضح ہے، لیکن یہ امتحانات بعد الممات میں کئی بار دیکھا گیا ہے۔ ریوی ضیق کے ساتھ فاصل کے سوراخ کے معمولی اجتماع میں قلب کی بائیں اور دائیں دونوں جانبیں بڑھی ہوئی ہو سکتی ہیں۔ لیکن اس کے برعکس ممکن ہے کہ جسامتِ قلب میں کوئی قابلِ شناخت تغیر نہ ہو۔

انذار۔ پیدائشی تشوہات ہمیشہ ناموافق ہوتے ہیں۔ شدید نقائص والے مریض صرف چند گھنٹوں یا دنوں تک زندہ رہتے ہیں۔ دوسرے جو خفیف تر درجہ کے ہوتے ہیں، پانچ، دس یا بیس سال تک زندہ رہتے ہیں۔ کبھی کبھی نہایت ناقص النمو قلوب والے اشخاص بھی ادھیڑ عمر کو پہنچ گئے ہیں۔ کسی دی ہوئی حالت میں انذار کا انحصار تشوہ کی نوعیت کے بجائے زیادہ تر قلبی کارکردگی کے ثبوت پر ہونا چاہیے۔

علاج۔ یہ مزمن مرضِ قلب کے علاج سے مماثل ہے۔

امراضِ تامور

(DISEASES OF THE PERICARDIUM)

التہابِ تامور

(pericarditis)

اسباب۔ تامور کا التہاب ایک عام دموی سرایت کا نتیجہ ہوسکتا ہے، یا وہ مقامی خراش سے واقع ہوسکتا ہے یا قرب وجوار سے براہِ راست پھیلنے والی سرایت سے واقع ہوسکتا ہے۔

پہلی جماعت کی اصابتوں میں حاد روماتزم نہایت اکثر الوقوع سبب ہے۔ لیکن مرضِ مذکور، مرضِ برائٹ، تقیح الدم، سپید دمویت (leukaemia) تدرن، انفلوئنزا اور عام ریوی نفخی سرایت میں، اور عفونت الدم اور تسمم الدم کی دوسری حالتوں میں بھی پیدا ہوجاتا ہے۔ اس کے مقامی اسباب یہ ہیں:— کہفہ کے اندر سرطانی گرہوں کی بالیدگی اس کے اندر پھوڑوں اور کیسینی دُبَیروں کا انشقاق، کسی منبع سرایت، مثلاً دبیلۂ ذات الریہ کا قرب۔

مرضی تشریح۔ اگر ہم حاد روماتزم کے دوران میں ہونے والے تاموری التہاب کو ایک مثال تصور کریں تو ہمیں اس میں مندرجۂ ذیل تغیرات ملتے ہیں:— ابتدائی درجہ میں جھلی اپنی چکنی جلادار سطح کو کھو کر زیادہ عروقی بن جاتی ہے، جس کی وجہ سے وہ عروق کے ایک باریک جال سے مشرب ہوتی ہے۔ اس کے بعد عروقِ دمویہ سے جسیماتی عناصر اور فائبرین کا ارتشاح ہونے کی وجہ سے لمف کے کچھ ڈورے نظر آتے ہیں اور تامور پر ان کی ایک مکمل تہ بن جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ بالآخر اس جھلی کی یہ حالت ہو کہ دونوں مقابل سطحیں لمف کی ½ یا ¼ انچ دبازت کی ایک تہ سے جدا ہوں جو اتنی کافی نرم ہوتی ہے کہ جداری اور حشائی جھلیاں ایک دوسرے سے علیحدہ کی جاسکتی ہیں اور لمف کا قوام اکثر ایسا ہوتا ہے کہ ان سطحوں کی علیحدگی سے ایک عجیب وغریب شہد کے چھتے جیسا یا جالی دار منظر

289

باقی رہ جاتا ہے۔ عموماً اسی کے ساتھ کسی قدر مصل بن جاتا ہے، جو زرد رنگ کا اور خیساتی عناصر کی وجہ سے گدلا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ بہت بڑی مقدار میں جمع ہو کر تامور کی دونوں تہوں کو ایک دوسرے سے اور بھی علیحدہ کر دے، اور اس سے ممکن ہے لمف کے لمبے ریشم دار زائدے ایک سطح سے دوسری سطح تک بن جائیں۔ کچھ عرصہ کے بعد یہ سیال عموماً غائب ہو جاتا ہے، اور لمف یا تو خود بخود جذب ہو جاتا ہے یا اس کا تعضی و قع ہو جاتا ہے، اور وہ جھلی کی جداری اور حشائی تہوں کو کم و بیش مکمل طور پر باہم متحد کر دیتا ہے اور اس طرح منضم تامور کا سبب ہوتا ہے۔

دوسری سرایتوں، اور بالخصوص تقیح الدم اور عفونت الدم میں تامور کا سیال مائیہ مصل کے بجائے ریم ہوتا ہے اور اس طرح ریمی یا تقیحی التہاب تامور (purulent or suppurative pericarditis) پیدا کر دیتا ہے۔ یہ اکثر عضلۂ قلب کے خراج سے ثانوی طور پر ہوا کرتا ہے، جس کا اکثر لمبی ہڈیوں کے حاد تنخر کے بعد پیدا ہونا معلوم ہے۔ بعض اوقات التہابی تکوین کے اندر کے نوساختہ عروق پھٹ جاتے ہیں اور نشاءت یا نزف کی نسبتہً بڑی چکتیاں جھلی کی سطح کو ڈھانک دیتی ہیں اور اس طرح نزفی التہاب تامور (hæmorrhagic pericarditis) پیدا کر دیتی ہیں۔ اور کبھی کبھی اس نئی ساخت میں اور قلب کی سطح کو ڈھانکنے والی اصلی جھلی میں، دونوں میں، درنے بن جاتے ہیں۔ اسے تدرنی التہابِ تامور (tuberculous pericarditis) کہتے ہیں، جو عمومی تدرن کا ایک جزو ہوا کرتا ہے۔

التہاب تامور کے دقیق عضویے اس کے مبداء کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ علی الاکثر نبقات سبحیہ، نبقات عنبیہ، نبقات ریویہ، اور عصیات درنیہ پائے جاتے ہیں۔ پائنٹن (Poynton) اور پین (Paine) نے روماتزم کے التہاب تامور میں اپنے روماتزمی دونبقیات پائے۔

دورانِ خون پر اثر۔ کو تہیم کے حیوانی تجربات ظاہر کرتے ہیں کہ دورانِ خون پر ہونے والے اثر کا انحصار تامچہ تاموری کے اندر کے تناؤ پر ہوتا ہے۔ جب سیال کا اشراب آہستہ آہستہ کیا جائے تو دباؤ ایک معین نقطہ تک پہنچنے پر شریانی دباؤ کم اور وریدی دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔ بہ حیثیت ایک پمپ کے یہ قلب کی گھٹی ہوئی کارکردگی کی علامت ہے۔

یعنی یہ کہ ہر ضرب کے ساتھ قلب کی برآمد کم ہو گئی ہے۔ تامور کے اندر دباؤ جس قدر زیادہ ہوگا، یہ برآمد اسی قدر کم ہوگی۔

طبیعی امارات۔ چونکہ التہاب تامور اکثر، روماتزم جیسے کسی ساری مرض کے دوران میں پیدا ہو جایا کرتا ہے، لہٰذا ممکن ہے کہ اس کے علامات ان امراض کے علامات سے بالکل پوشیدہ ہو جائیں کہ جن کے دوران میں التہاب تامور پیدا ہو گیا ہے، اور اس کی موجودگی صرف اصواتِ قلب کے تغیر سے اور دوسرے طبیعی امارات سے ظاہر ہو جو وہ پیدا کر دیتا ہے۔ لیکن یہ عموماً مخصوص و ممیز ہوا کرتے ہیں۔ اولاً تاموری رگڑ موجود ہوتی ہے، جس کا بیان امتحانِ قلب کے تحت کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ ابتداءً نرم ہو، لیکن چند گھنٹوں کے بعد آواز بلند تر، کرخت تر اور درشت تر ہو جاتی ہے، اور پھر پیش قلبی خطہ پر ہاتھ رکھنے سے یہ فرک اکثر محسوس کیا جا سکتا ہے۔

اگر تامور کے اندر مائع کا انصباب ہو جائے، جیسا کہ بارہا ہوا کرتا ہے، تو پیش قلبی اصمیت زیادہ ہو جاتی ہے۔ وہ اوپر کے طرف تیسری پسلی کے بالائی کنارے یا دوسری پسلی کے بالائی کنارے یا ترقوہ ہڈی تک پھیل جاتی ہے۔ وہ دائیں طرف عظم القص سے ۱ انچ یا زائد آگے تک پھیل جاتی ہے۔ اور بائیں طرف ممکن ہے کہ وہ بغل کے اندر تک پہنچ جائے۔ یہ پیش قلبی اصمیت کم و بیش مثلثی شکل کی ہوتی ہے، اس طرح پر کہ اس کا چوڑا قاعدہ ڈائفرام پر ہوتا ہے، اور راس جو گول ہو جاتا ہے، عظم القص کے بالائی حصے اور بائیں بالائی بین الاضلاع فضاؤں میں۔

جوں جوں یہ سیال بڑھتا جاتا ہے، صدم القلب منتشر ہو جاتا ہے۔ یہاں التہاب تامور اور ذات الجنب کے درمیان ایک اہم فرق کا ذکر کرنا ضروری ہے اور وہ یہ ہے کہ فرک کی آواز کے وقوع پر مائع کے انصباب کا اثر ان دونوں حالتوں میں مختلف ہوتا ہے۔ ذات الجنب میں جس وقت مائع کا انصباب ہوتا ہے ذات الجنبی فرک کی آواز غائب ہو جاتی ہے۔ التہاب تامور میں فرک کی آواز عموماً دورانِ مرض میں از ابتدا تا انتہا قائم رہتی ہے، بلکہ تحیلی کے انتہائی تمدد کے زمانہ میں، اور مائع کے مابعد انجذاب کے دوران میں بھی۔ یہ غالباً اس وجہ سے ہوتا ہے کہ سیال بالخصوص قلب کے پیچھے جمع ہو جاتا ہے (کیونکہ مریض پشت کے بل لیٹا رہتا ہے) اور سامنے کی طرف تامور کی دونوں ملتہب سطحیں

290

ایک دوسرے سے رگڑتی رہتی ہیں۔

تامُوری انصباب اکثر بائیں شش کے قاعدہ کو مضغوط کردیتا ہے، جس سے قرع کرنے پر ایک اصم آواز اور استماع کرنے پر شعبی تنفس پایا جاتا ہے۔

التہاب تامور کا ایک دوسرا نتیجہ بعض اصابتوں میں ڈائفرام کے فعل کا امتناع ہوتا ہے۔ یا تو شکمی تنفس کے حرکات موقوف ہو جاتے ہیں، یا دوران شہیق میں تھوڑی سی پس روی ہو جاتی ہے، جس میں بالائی شکمی احشاء اور قلب کی اوپر کی طرف حرکت، اور پھیپھڑوں کے قاعدوں کا ہبوط واقع ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ معدے اور قولون کا تمدد واقع ہو جائے۔

علامات ۔ مقامی علامات، جو التہاب تامور اور تاموری انصباب کے ساتھ موجود ہوسکتے ہیں، یہ ہیں:۔ درد، پیش قلبیہ کے مقام پر گھبراہٹ یا تکلیف اُس خط پر دبانے سے الیمیت، سانس کا پھول جانا، معہ غیر عمیق تنفسات اور مختصر روکھی کھانسی کے۔ ممکن ہے کہ نبض ابتداءً زیادہ متاثر نہ ہو، لیکن وہ جلد ہی تیز تر ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے۔

ممکن ہے کہ روماتزم جیسے حمائی مرض کے دوران میں واقع ہونے والا التہاب تامور سابق الوجود تپ میں کوئی معتدبہ اضافہ نہ کرے، لیکن کبھی کبھی اس کے سریع حملہ کے ساتھ شدید ارتفاع تپش ہو جاتا ہے، مثلاً ۱۰۵ درجہ یا ۱۰۶ درجہ تک۔ اور دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ اُس کے ساتھ تپ کی معمولی حالتیں ہوں، جیسے کہ عدم اشتہا، خشک زبان، تشنگی، اور قلیل المقدار بول۔

خراب ترین اصابتوں میں قلبی ضعف زیادہ ہو جاتا ہے، نبض غیر منتظم اور رفرفی ہو جاتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ نبض متناقض (pulsus paradoxus) (ملاحظہ ہو صفحہ 226) کی شکل اختیار کرلے، پیش قلبی درد شدید ہوتا ہے، اور چہرہ اترا ہوا اور پچکا ہوا ہو جاتا ہے۔ اور مریض اولی طور پر فشل قلب سے مر جاتا ہے، جس کے ساتھ کبھی کبھی تشنجات ہوتے ہیں اور کبھی کبھی کوما۔ لیکن مثالوں کی غالب تعداد میں علامات بتدریج رفع ہو جاتے ہیں۔ اصمیت کم ہو جاتی ہے لیکن رگڑ اکثر آخری درجہ تک قائم رہتی ہے۔ التہاب تامور کے تغیرات بسرعت واقع ہوتے ہیں، ممکن ہے کہ انصباب دو یا تین ہی دن کے اندر درجۂ کامل کو پہنچ جائے، اور مزید تین یا چار دنوں میں تخفیف کا

عمل خوب جاری ہو جائے۔

تقیحی، تدرنی، اور نزفی التہابات تامور اپنے علامات اور طبیعی امارات میں فی الاصل مختلف نہیں۔

تشخیص۔ معمولی حالات میں اس میں کوئی مشکلات نہیں پیش آتے، اور فرک کی ٹھہری یا سرگونہ آواز نہایت ممیز ہوتی ہے۔ تاموری انصباب کی تشخیص ہمیشہ آسان نہیں ہوتی، کیونکہ ایک توسع قلب سے اس کی مماثلت پیدا ہو سکتی ہے جو کہ اسی رثیتی زہر سے پیدا ہو سکتا ہے کہ جس نے التہاب تامور پیدا کر دیا ہے۔ انصباب کی تشخیص میں حسب ذیل امارات سے تائید حاصل ہوتی ہے:۔ اصمیت کا بائیں طرف صدرم القلب سے باہر تک اور اوپر کے طرف دوسری پسلی یا اس سے بھی اوپر تک پھیل جانا، اور بائیں قاعدے پر دبکاؤ کے امارات۔ ممکن ہے کہ رانجنی شعاعیں قلب اور تامور کے سایہ کو باہر ٹھیک بائیں ضلعی دیوار تک، اور اوپر پہلی فضار کے اندر اور داہنے طرف بھنی تک ظاہر کریں، جس کے ساتھ نبضان بہرائے نام یا بالکل نہ ہو اور ایک بڑے انصباب کی حالت میں بعض اوقات قلب کا سایہ ایک نسبتہً ہلکے سایہ کے حلقہ کے اندر دکھلائی دیتا ہے جو تنہا پھولے ہوئے تامور کی وجہ سے ہوتا ہے۔

انذار۔ التہاب تامور بہ حیثیت مجموعی فوری طور پر مہلک مرض نہیں۔ ممکن ہے کہ وہ اتنا خفیف ہو کہ دستور العملی امتحان کے دوران میں یہ صرف مسماع الصدر سے شناخت ہو، اور رثیتی تپ میں واقع ہونے والی اماتیوں کے بڑے تناسب میں یہ التہاب رفع ہو جاتا ہے۔ تاموری تہوں کا انضمام جو اکثر پیدا ہو جاتا ہے، بذاتہ ایک خطرہ بن سکتا ہے۔ اس کے برعکس، ان "لبنی نقطوں" کے عام ہونے سے جو امتحانات بعد الممات میں قلب کی سطح پر پائے جاتے ہیں، اس امکان کا اشارہ ہوتا ہے کہ التہاب تامور کے خفیف حملے اکثر اوقات ہو کر پورے طور پر رفع ہو جاتے ہیں۔ لبنی نقطے اکثر محض فرک کا نتیجہ سمجھے جاتے ہیں۔ لیکن یہ سمجھنا مشکل ہے کہ آخر الذکر بلا کسی درجۂ التہاب کے کیونکر واقع ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ بعض نقاط کوفتگی (bruising) کا نتیجہ ہوں جو ضرب سے پیدا ہو جاتی ہے۔ مرض برائٹ میں اور دوسری مزمن ضعفی حالتوں کے تلازم میں، بیماری کے اختتام کے قریب اکثر التہاب تامور واقع ہو جاتا ہے، اور پھر یہ موت واقع

کرنے والا ضرر معلوم ہوتا ہے۔ لیکن ایسے حالات میں بھی اس کے طبیعی علامات موت سے پہلے بالکل غائب ہو سکتے ہیں، یا اگر وہ باقی رہتے ہیں تو بھی اس سے مہلک نتیجہ کے وقوع کا اسراع ہوتا نہیں معلوم ہوتا۔ تقیحی تامور، موری التہاب میں خطرناک انذار بتانا چاہئے، اور ذات الریہ یا دبیلہ کے دوران میں تقیحی ریوی التہاب تامور کا وقوع عموماً مہلک ہوتا ہے، لیکن سر ایف۔ ٹیلر (Sir F. Taylor) کو ایک ایسے مریض کا علم تھا جس میں دوہرے دبیلہ کے ساتھ التہاب تامور تھا اور وہ مریض شفایاب ہو گیا۔ حاد رثیتہ میں التہاب تامور دروں قلبیہ اور عضلۂ قلب دونوں کے کیفقدر التہاب کے ہمراہ پایا جاتا ہے اور ان کو پوشیدہ کرتا ہے، اور ان دونوں کے خراب اثرات بعد میں نمویاب ہو جاتے ہیں۔

علاج۔ التہاب تامور کا علاج زیادہ تر تخفیف کن (palliative) ہوتا ہے۔ دوسرے حاد التہابات کی طرح اس کا تدارک بھی مریض کو بستر میں لٹائے ہوئے یا آدھی لیٹی ہوئی وضع میں رکھ کر کامل آرام و سکون کے ذریعہ سے کرنا چاہئے۔ نیز اسے مغذی زود ہضم غذا دی جائے اور اسے بولنے چالنے، اور جوش و خروش سے محترز رکھا جائے۔ رثیتی تپ کی حالت میں ابتدائی مرض کے علاج میں غالباً ان حالات کو پہلے ہی ملحوظ رکھا گیا ہوگا۔ نہایت شدید درد کے لئے پیش قلبیہ پر چھ یا آٹھ جونکیں لگا دی جائیں۔ پیش قلبیہ پر نرم روئی کی ایک تہ، یا کُٹی ہوئی السی کی گرم پولٹس، یا انٹی فلاجسٹین (antiphlogistine) یا تھرموجن وول (thermogen wool) لگا دی جائے۔ اگر ضرورت ہو تو مارفیا دیا جائے۔ اگر دوران خون خلل پذیر ہو یا اگر قلب غیر منتظم ہو جائے تو ڈیجیٹالس کے صبغیہ کی تھوڑی مقدار میں برانڈی یا امونیا کے ساتھ بار بار دینا چاہئیں۔ روماتزمی انصباب بہت شاذ و نادر ہی استفراغ کی ضرورت لاحق کرتا ہے، لیکن اس وقت جبکہ ریم کی موجودگی کا امکان ہو اس پر غور کرنا ضروری ہے۔ ڈاکٹر ڈی۔ سی۔ ٹیلر (D. C. Taylor) نے لیوس ہام (Lewisham) شفاخانہ میں جو تجربہ حاصل کیا ہے اس کی بنا پر وہ سفارش کرتا ہے کہ جلد اور زیر افتادہ بافتوں کو ۲ فی صدی نووکین کے ذریعہ عدیم الحس کرنے کے بعد ایک باریک سوئی کو پیچھے کی طرف اور نیچے کی طرف، چھٹی بین ضلعی فضا میں عظم القص کے بائیں طرف، (تاکہ اندرونی پستانی شریان بچی رہے) یہاں تک گھسانا چاہئے کہ ڈایافرام تک پہنچ جائیں جس کے متعلق یقین حاصل کرنا ہو تو مریض کو ایک گہرا سانس لینے کے لئے کہنا چاہئے۔ سوئی کو ذرا

واپس کھینچ کر دوبارہ سیدھا پیچھے کو سطح سے ایک انچ کی گہرائی تک گھسانا چاہیے۔ پھر کبھی کو ۲۰۰۰: اقلیوائن کے ۲۰ مکعب سمرسٹ کئی مرتبہ دھویا جاتا ہے، اور امتصاص کو ہر تیسرے روز بار بار عمل میں لایا جاتا ہے، یا ایک پسلی کا جزوی استیصال کر دیا جاتا ہے۔

رثیتی مبداء کا تامور منضم

(adherent pericardium of rheumatic origin)

مرضی تشریح۔ اس کا تذکرہ پہلے ہی کیا گیا ہے کہ یہ حالت روماتزمی التہاب تامور کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ دونوں سطحوں کے انضمام کا درجہ مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بعض چند ہی رشتک ہوں جو سطح قلب سے جداری تامور تک جاتے ہوں، یا ممکن ہے کہ تاموری تاچہ کا قلب کی سطح سے کامل انضمام ہو، اور ہر درمیانی حالت کا ہونا ممکن ہے۔ جب کامل انضمام ہو تو دونوں سطحوں کو جوڑنے والی بافت محض ایک پتلی سی تہ ہوتی ہے۔ یا وہ ایک کثیف، سخت، لیفی، کم و بیش عروقی غلاف ہوتا ہے، جس کی دبازت $\frac{1}{4}$ انچ بلکہ $\frac{1}{2}$ انچ بھی ہوتی ہے۔ قلب کی بیش پرورش یا اس کا اتساع عام طور پر موجود ہوتا ہے کیونکہ بطیں کا عضلی جرم بھی عضلہ قلب کے ایسے التہاب کے وقوع سے متضرر ہو گیا ہے جو التہاب تامور کے ساتھ ہوا ہے۔ عام طور پر مطرانی ضیق موجود ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں نہ صرف تاموری تاچہ کا انطماس ہو جاتا ہے بلکہ اس کی بیرونی سطح بھی گرد و پیش کے پلیورا اور عظم القص سے مضبوطی کے ساتھ ثبت ہو جاتی ہے۔ فی الحقیقت واسطی بافتیں باہم چپک کر ایک کثیف لیفی بافت بنا دیتی ہیں (لیفی التہاب واسطہ = mediastinitis fibrosa)۔

علامات اور طبیعی امارات۔ درد قلب، اختلاج، اور بُہر نمایاں ہوتے ہیں۔ خود انضمام کی موجودگی ظاہر کرنے کے لئے طبیعی امارات پر اعتماد نہیں کیا جا سکتا۔ لیکن جب وسیع بیرونی انضمامات بھی موجود ہوں تو مندرجہ ذیل میں سے ایک یا زائد طبیعی امارات شناخت ہو سکتے ہیں:۔ (۱) راس قلب سے متناظر مقام پر انکماشی بازکشیدگی۔ (۲) عظم القص کے زیرین سرے کی انکماشی بازکشیدگی۔ (۳) عظم القص سے بائیں جانب کے تیسری چوتھی اور پانچویں بین الاضلاع فضاؤں کی انکماشی بازکشیدگی۔ (۴) بائیں جانب کے

پہلو یا پشت پر نیچے کی پسلیوں کی انکماشی بازکشیدگی (امارت براڈبینٹ Broadbent's sign)۔ یہ سب زیادہ اعتماد کے قابل نہیں۔ بین الاضلاع فضاؤں کی انکماشی بازکشیدگی تو ہرگز منضم تامور کے لئے مخصوص و ممیز نہیں۔ مطرانی ضیق جو کہ عام طور پر اس کے ساتھ متلازم ہوتی ہے باحتیاط تلاش کرنی چاہئے۔ موت فشل قلب اور وسیع اُذیما سے واقع ہوتی ہے۔

لاشعاعوں سے بھی منضم تامور کی قیمتی دلالتیں حاصل ہو سکتی ہیں۔ وہ یہ ہیں کہ گہری سانس لینے پر یا ایک جانب کو جھکنے پر قلب کی طبعی حرکت اور شکل میں تبدیلیاں، اور سانس لینے پر ڈائفرام کے مرکزی حصے کی حرکت میں تغیرات ہو جاتے ہیں، جس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ تامور اور واسط کے درمیان انضمامات موجود ہوتے ہیں۔

292

تاموری انضمامات کے انذار اور علاج پر بالخصوص افعال قلب کے اُن تغیرات کے لحاظ سے غور کرنا چاہئے جو اِن انضمامات کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں (ملاحظہ ہوں صفحات 275، 276)۔ علاج وہی ہے جو کہ عام مرض قلب کے لئے کیا جاتا ہے۔

مزمن تضیقی التہاب تامور

پِک (Pick) کا مرض

یہ مرض جس کا پہلے پہل لوئر (Lower) (۱۶۶۹ء)، چیورز (Chevers) (۱۸۴۲ء)، ولکز (Wilks) (۱۸۷۰ء) اور پک (Pick) (۱۸۹۶ء) نے تذکرہ کیا، حال ہی میں دوبارہ منصۂ شہود پر لایا گیا ہے (73)۔

بحث اسباب۔ تدرن، ذات الریہ مع ذات الجنب یا التہاب تامور اور عفونت اس کا سبب ہو سکتے ہیں۔ لیکن اس کا سبب اکثر اوقات غیر معلوم رہتا ہے کیونکہ اس کا آغاز غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے حاد التہاب تامور کی سرگذشت موجود ہو لیکن حاد روماتزم کی سرگذشت نہیں پائی جاتی۔

مرضی تشریح۔ جداری تامور کی مزمن لیفی دبازت واقع ہوتی ہے اور بسا اوقات تکلس، سیال کی جیبیں، تاموری تاچہ کا انطماس اور/یا بیرونی تاموری انضمامات موجود ہوتے ہیں۔ چونکہ تضیق کی وجہ سے قلب دورانِ انبساط میں بھر نہیں سکتا لہٰذا ایک "رکود درآمد" ("inflow stasis") پیدا ہو جاتا ہے، اور استسقائے شکمی اور اس کے ساتھ ایک برزدہ

(frosted) "مصری کی ڈلی" جیسا جگر یا طحال اور پلیوری انصباب پیدا ہو جاتا ہے۔ قلب بجائے خود تندرست ہوتا ہے۔

علامات۔ اس کا آغاز غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ بعد از استسقائے شکمی، ایک کلانی یافتہ لیکن غیر الیم اور غیر نابض جگر، وداجی وریدوں کا احتقان، نبض متناقض pulsus paradoxus) پست فشار خون، اور بعض اوقات ٹانگوں کا اذیما اور پلیوری انصباب پائے جاتے ہیں۔ قلب کی جسامت طبعی یا کسیقدر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ براڈبینٹ (Broadbent) کی امارت موجود نہیں ہوتی۔ برقی قلب نگاشت پست وولٹیجت (voltage) کی ہوتی ہے اور تقوید ۱ اور ۲ میں ن۔ امواج چپٹی یا منعکس پائی جاتی ہیں۔ اور گاہے اذینی رعشکی انقباض موجود ہوتا ہے۔ مصلی پروٹینیس کم ہوتی ہیں۔

تشخیص۔ میطرانی مینیق، خواہ اس کے ساتھ منضم تامور ہو یا نہ ہو، غور یرات کے لئے محتاط امتحان کرکے تشخیص کی جاتی ہے۔ التہاب کثیر الغشیہ مصلیہ (polyserositis) ایک مختلف مرض ہے۔ بابی کبدیت (portal cirrhosis) اور تغذیتی اذیما (nutritional œdema) کو مفترق کرنا چاہیئے۔

انذار۔ یہ مرض مزمن ہوتا ہے گو کہ بعض اوقات اس کے ساتھ فترات پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے یہ ایک سریع عمر اختیار کرے یا کئی سال تک قائم رہے۔ عملیہ کے بعد ۱۰ مریضوں میں ۶ مریض شفایاب ہو چکے ہیں، ایک دوسرے مریض کو افاقہ ہو گیا۔

علاج۔ تاموری جزوی استیصال کا عملیہ جو کہ ڈیلارم (Delorme) کے نام سے موسوم ہے، واحد شافی علاج ہے۔

تاموری اجتماع آب

(hydropericardium)

یہ اصطلاح تاموری تاجہ کے اندر مصل کی زیادتی کے لئے استعمال کی جاتی ہے، اور عموماً استسقائی کے انفعالی افراز کو ان التہابی انصبابات سے تمیز کرنے کے لئے کام میں لائی جاتی ہے جو پہلے التہاب تامور کے تحت بیان کئے جا چکے ہیں۔ قدرتی طور پر تامورہ کے اندر مصل کی نہایت تھوڑی مقدار موجود ہوتی ہے، اور کسی سبب سے موت واقع ہو جانے

کے بعد اس کے اندر پھیکے زرد رنگ کے سیال کے چند ڈرام ملنا عام ہے۔ مصلی انصبابات کے اسباب، التہاب کے علاوہ، وہی ہیں جو استسقائے عمومی کے ہوتے ہیں، مثلاً مرض برائٹ اور تامور کے وریدی دوران خون میں ایسی مقامی مداخلت جیسی کہ خود قلب کا معرائی مرض، نشش کا مزمن مرض، اور ان وریدوں پر جو تاموری سطحوں سے خون واپس لیجاتی ہیں سلعات کا دباؤ۔ تاجہ کے اندر کا مایع دوسرے مصلی کہفوں کے استسقائی انصباب کے مایع سے مشابہ ہوتا ہے، اور وہ پھیکے زرد رنگ کا، یا لون دموی مادہ کے ارتشاح کی وجہ سے کم و بیش گلابی رنگ کا ہوتا ہے، اور ساتھ ہی اس میں خائبری فوجین اور ا تا ۳ فی صدی البیومین موجود ہوتا ہے۔

تاموری اجتماع آب کے طبیعی امارات وہی ہیں جو التہاب تامور میں انصباب کے ہوتے ہیں۔ عموماً کسی خاص علاج کی جو تامور سے متعلق ہو اس وقت ضرورت نہیں ہوتی جب کہ یہ حالت استسقائے عمومی کا ایک جزو ہو، یا جہاں یہ دوران خون میں مقامی مداخلت کا نتیجہ ہو۔ استسقائے عمومی یا معرائی مرض کا تدارک کرنا چاہیئے۔ شاذ اصابتوں میں انصباب اس قدر سریع الوقوع یا وافر ہوتا ہے کہ تامور کے بزل کی ضرورت لاحق ہوتی ہے۔

293

تاموری ہوائی اجتماع آب

(pneumo-hydropericardium)

اس کے یہ معنے ہیں، تامور کے اندر گیس اور مایع دونوں کا موجود ہونا۔ مایع کے ساتھ گیس ہونا مندرجہ ذیل کا نتیجہ ہو سکتا ہے (۱) گیس گنگرین (gas gangrene) اور (۲) ہوا مشمول رکھنے والے کہفوں کے ساتھ تاموری تاجہ کا ارتباط۔ یہ ارتباط ضربی ہو سکتا ہے، جیسا کہ ایک شعبدہ باز کی حالت میں ہوا کہ اس نے ایک کند تلوار کو نگلنے کی کوشش میں مری میں سے تامور کو چھید دیا، یا جیسا کہ فلنٹ (Flint) کی درج کردہ اصابت میں ہوا کہ جس میں پلیورا کے آر پار گولی لگ کر تامور میں چھید ہو گیا، اور تاموری بزل کے عملیہ کے بعد ہوا ہے۔ یا ممکن ہے کہ یہ ارتباط مرض کی وجہ سے قائم ہو جائے۔ اور ایسی اصابتیں بھی مندرج ہوئی ہیں جن میں مری کا سرطان متقرح ہو کر تامور کے اندر پہنچ گیا، سل ریوی کا ایک کہفہ تامور کے اندر کھل پڑا، اور خراج جگر ایک ہی وقت میں تامور اور

معدہ دونوں کے ساتھ ارتباط رکھتا تھا۔ تامور کے اندر تنہا گیس کبھی نہیں دیکھی جاسکتی کیونکہ اس کے باہر سے داخل ہونے کے تقریباً فی الفور بعد تامور کا التہاب معہ مایع انصباب کے پیدا ہوجاتا ہے۔

تاموری ہوائی اجتماع آب کے طبیعی امارات یہ ہوتے ہیں:۔ قرع کرنے پر پیش قلبی رقبہ پر گمک، اور حرکات قلب کے ساتھ چھلکنے کی آوازیں، یا تغرغر کی ہم زمان آوازیں

تاموری اجتماع الدم

(hæmopericardium)

نام نہاد تاموری نزف التہاب میں نوساختہ عروق کے پھٹنے سے تامور کے اندر خفیف درجہ کا انصباب خون واقع ہوتا ہے۔ لیکن نسبتہً بڑی مقداروں میں خون کا انصباب جب یہ براہ راست ضرب کی وجہ سے ہو، تو عضلۂ قلب کے انشقاق، یا ایک انورسمائی تاجیہ کے انشقاق، یا سرطانی بالیدیں کے عروق کے انشقاق سے پیدا ہوجاتا ہے۔ اسکروی اور اس سے ملتی ہوئی حالتیں بھی تاموری نزف پیدا کرسکتی ہیں۔

علامات۔ جب تامور کے اندر خون کا انصباب دفعتہً واقع ہوجاتا ہے تو مریض پر سینہ میں کم و بیش ضیق، شحوب، غشیان، بے ہوشی اور موت یکے بعد دیگرے جلد طاری ہوجاتے ہیں۔ یا ممکن ہے کہ مہلک خاتمہ سے پہلے چوبیس[۲۴] یا چھتیس[۳۶] گھنٹے تک وہ شحوب، ضعیف نبض، اور انتصابی تنفس کی حالت میں رہے۔ اور اغلب معلوم ہوتا ہے کہ نزف اور بھی کم درجہ کا ہو تو ممکن ہے کہ موت کے وقوع میں اور بھی التواء ہوجائے، اور التہاب تامور پیدا ہوجائے جو کہ مریض کا مہلک خاتمہ کرنے میں حصہ لیتا ہے۔ والش (Walshe) ایسی اصابتوں کا تذکرہ کرتا ہے جن میں شفا حاصل ہوگئی، مگر یہ غالباً اسکروی کی نوعیت کی تھیں، یا بہرحال انورسماؤں کے یا خود قلب کے انشقاق پر منحصر نہ تھیں۔

طبیعی امارات وہی ہوتی ہیں جو ایک بڑے تاموری انصباب کی ہوتی ہیں اور ساتھ ہی وسیع پیش قلبی اصمیت، اور قلب کی آوازوں کی کمزوری یا غیر موجودگی ہوتی ہے۔ تشخیص میں انورسما کی ماسبق موجودگی یا ذبحہ صدریہ کے حملوں کے علم سے مدد ملیگی۔

علاج۔ کامل آرام وسکون، اور ہوشمندی کے ساتھ مہیجات کے استعمال سے ہی کچھ موقع مل سکتا ہے۔

ذبحۂ صدریہ

(ANGINA PECTORIS)

اس نام سے عموماً عظم القص کے نیچے کے اس شدید درد کو یاد کیا جاتا ہے جو قلب یا اورطی میں پیدا ہوتا ہے، نہایت دفعتہً شروع ہوا کرتا ہے، اور کبھی کبھی مہلک ثابت ہوتا ہے۔ اس شدید درد میں اور قلب میں پیدا ہونے والے اُن خفیف تر دردوں میں جنھیں بعض اوقات "ذبحۂ صغیرہ ("angina minor") یا اس سے بھی بہتر محض "دردِ قلب" کے نام سے خطاب کرتے ہیں غالباً کوئی بنیادی فرق نہیں ہے۔

اسباب۔ یہ طفلی میں ہو سکتا ہے، لیکن تیس سال کی عمر سے پہلے عموماً نہیں ہوتا، عمر کے ہر سال کے ساتھ اس کا وقوع بڑھتا جاتا ہے، اور پچاس اور پچھتر سال کی عمروں کے درمیان یہ نہایت عام ہوتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں، ایک اور چار کے تناسب میں، زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس پر توارث بھی اثر رکھتا ہے۔ یہ اورطی مرض میں عام اور مطراقی ضیق میں شاذ ہے۔ بعض اوقات تمباکو بھی اس کا سبب ہوتا ہے۔ ماسکی عفونت، بالخصوص جو مارہ میں یا دانتوں کے راسوں پر ہو، ایک دوسرا عامل ہے۔ فوری محرک اسباب یہ ہیں:۔ (۱) جسمانی ورزش، بالخصوص پہاڑیوں پر چڑھنا یا ہوا کی مخالف سمت میں چلنا اور زمانۂ بعد میں، خفیف ترین قسم کی مشقت۔ (۲) زیادہ کھانا کھانا۔ زیادہ اکثر یہ دونوں عاملات مجموعی طور پر کارفرما ہوتے ہیں۔ (۳) جذباتی ہیجان، خواہ یہ پستی پیدا کرنے والا ہو یا انتعاش آفریں ہو، اور دماغی بار۔ اور (۴) سردی میں تکشف۔ آخر الذکر اہم ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ رات کے وقت کسی سرد کمرے میں لباس اتارنے سے بستر میں اس کا حملہ ہو جائے۔ بعض اوقات اس کا حملہ دوران خواب میں شروع ہو جاتا ہے۔

امراضیات۔ جب اس کے حملہ میں موت واقع ہو گئی ہو تو قلب عموماً مرتخی اور اس کے کہفے خون سے پُر پائے گئے ہیں۔ اصابتوں کی غالب تعداد میں قلب کا یا اورطی کا

294

کوئی مرض پایا گیا ہے، جو کہ بیشتر اقسام ذیل کا تھا:۔ عضلۂ قلب کا التہاب۔ عضلۂ قلب کا لونی، شحمی یا لیفی انحطاط۔ آتشکی التہاب اورطی، اورطی کا تمیُّد یا اتساع۔ اورطی مصراعوں کا اتمیُّد یا تکلّس یا تنکڑن۔ اکلیلی شرائین میں شریانی صلابت (arterio-sclerosis) یا کلسی جماؤ یا ان کا انطماس درون شریانی التہاب یا علقیت سے۔ اکلیلی سداد یت جلد ہی موت واقع کر سکتی ہے، جو کہ شدید ترین ذبحی علامات کے ساتھ ہوتی ہے۔ ذبحۂ صدریہ کے سبب سے واقع ہونے والی موت کی بعض مثالوں میں عضلۂ قلب اور اکلیلی شرائین بالکل تندرست پائے گئے ہیں۔

میکنزی (Mackenzie) کی رائے ہے کہ ذبحہ کا انحصار عضلۂ قلب پر ہوتا ہے (29)۔ اس ضمن میں یہ نوٹ کرنا چاہیئے کہ مطرانی ضیق کا معمولی درد جو بائیں اذین میں پیدا ہوتا ہے، سینہ کے بائیں جانب واقع ہوتا ہے ایک ایسے بند میں جو بغلی سے لیکر غضروف حنجری سے نیچے تک پھیلتا ہے۔ اس رقبہ کی جلد کے حِسّی اعصاب نخاع کے چھٹے اور ساتویں ظہری قلقات تک جاتے ہیں۔ اس کے برعکس وہ درد جو بطین اور اورطی میں پیدا ہوتا ہے، سینہ میں نسبتۃً اوپر محسوس ہوتا ہے، ایک ایسے رقبہ پر جو نسبتۃً بلند تر ظہری قلقات سے تناظر ہوتا ہے، کیونکہ جنینی قلبی نالی میں بطینی حصہ اذینی حصے سے نسبتۃً مقدم واقع ہوتا ہے اور بعد میں آگے کو خمیدہ ہو کر نیچے آجاتا ہے (30)۔ یہ نظریہ کہ ذبحی درد بطین سے پیدا ہوتا ہے، اب عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے۔ تندرست عضلۂ قلب سے بعض اوقات درد کا پیدا ہو جانا، اس سے زیادہ مشکل نہیں ہے کہ جتنا بوّابی ضیق (pyloric stenosis) کی صورت میں تندرست معدی عضلہ سے اکثر درد کا پیدا ہو جانا۔ درد قلب، آکسیجن کی عدم موجودگی میں، عضلۂ قلب کے سخت کام کرنے کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے، اور یہ ماننا قرین عقل معلوم ہوتا ہے کہ اس کے عضلی ریشوں کو اتنا کافی تندرست ہونا چاہیئے کہ وہ درد کو پیدا کر سکیں۔ انھیں سخت کام کرنے کے قابل ہونا چاہیئے۔ تندرست مگر نا تربیت یافتہ اشخاص کو جو تحت القص درد فٹ بال کے سخت کھیل میں محسوس ہوتا ہے، وہ بھی مماثل مبدا، کا ہوتا ہے۔ لیفی قلب (fibroid heart) کے ساتھ ذبحہ اس وجہ سے واقع ہو سکتا ہے کہ عضلی ریشے، تندرست ہونے کے باوجود، تعداد میں بہت گھٹ جاتے ہیں اور ان کی جگہ لیفی بافت لے لیتی ہے بعض اوقات

ذبحہ واقع ہوتا ہے لیکن زور لگانے پر سانس بالکل نہیں پھولتی، اس کی وجہ یہ ہے کہ عضلۂ قلب باوجودیکہ اس پر معمول سے زائد کام پڑ گیا ہے، اب بھی دورانِ خون کو قایم رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ جب دورانِ خون کا فشل ہو جائے تو ذبحہ غائب ہو جائے، اور جب علاج سے دورانِ خون پھر قائم ہو جائے تو ذبحہ پھر پیدا ہو جائے۔ تاہم عام ترین حالت بلاشبہ یہ ہوتی ہے کہ زور لگانے کے بعد درد اور سانس کا پھولنا دونوں بیک وقت پیدا ہوتے ہیں۔ اس تجرباتی درد کی تمثیل کی بنا پر جو کہ دورانِ خون بند ہونے کے بعد عضلی ورزش کرنے پر کسی جارحہ میں پیدا ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو متوقف عرجان =intermittant claudication)، یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ ذبحہ شریانی تشنج سے پیدا ہوتا ہے، جو کہ بافت میں ایک پ مادہ (P-substance) آزاد کر دیتا ہے۔ یہ پ مادہ ایسا مستمر درد جو ضرباتِ قلب کے ساتھ متغیر نہیں ہوتا پیدا کرتا ہے۔ شاید پ مادہ، پست سالمی وزن والے غیر مکمل طور پر آکسیجن یافتہ حاصلاتِ تحول (metabolites) ہوتے ہیں جو کہ ولوجی دباؤ پیدا کر کے عمل کرتے ہیں، اور اس وقت جب کہ آکسیجنی رسد عود کرتی ہے مکمل طور پر آکسیجن یافتہ ہو کر غائب ہو جاتے ہیں۔

امائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) جو شدید ترین قسم کے (یعنے انعدام کی وجہ سے ہونے والے) درد کے سوائے، باقی سب طرح کے درد کو چند ہی سیکنڈز میں تسکین دے دیتا ہے، اکلیلی شریانوں کا اتساع کر کے فعل کرتا ہے، اور بعض مریضوں میں برقی قلبی ترسیم کو تبدیل کر دیتا ہے، اور ت۔ موج کو انتصابی کر دیتا ہے (28)۔ وہ شرحِ نبض کو بھی بڑھاتا ہے، اور گو وہ محیطی عروق کا اتساع، اور ساتھ ہی چہرہ کی نمایاں تمتماہٹ (flushing) پیدا کر دیتا ہے تاہم تسکین کا سبب یہ نہیں ہو سکتا، کیونکہ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ خون کا دباؤ کم ہونے سے پہلے ہی تسکین محسوس ہونے لگتی ہے۔ امائل نائٹرائٹ سے ایک ایسے مریض میں بھی تسکین محسوس ہوئی جس کو مطراقی عنیق اور بازو کے ساتھ بھٹنی کے نیچے درد بھی تھا۔

295 **علامات**۔ مریض پر بالکل ناگہانی طور پر سینہ کے سامنے حاد درد کا حملہ ہو جاتا ہے، اور یہ درد عظم القص کے بالائی یا زیرین حصے کے نیچے، یا یوں کہنا چاہئے کہ اس سے

بائیں جانب واقع ہوتا ہے لیکن خود قلب کے مقام پر درد نہیں ہوتا۔ درد اس مقام سے بائیں جانب اور پیچھے یا آرپار عظم الکتف تک اوپر کو بائیں شانے تک اور نیچے بائیں بازو اور ہاتھ تک تشعع کرتا ہے۔ یا لگ بھگ کم بار ایسا اتفاق بھی ہوتا ہے کہ یہ عظم القص کے دائیں طرف ہو کر دائیں شانے، بازو اور ہاتھ تک تشعع کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد ایک ہی وقت میں دائیں اور بائیں دونوں جانب واقع ہو۔ یہ گردن کے دونوں جانب جلد الراس تک اوپر چلا جا سکتا ہے، جس کی توجیہ اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ سہ توائی عصب قلب سے نکلنے والے درآور تاثیری لسانی بلعومی عصب کا حسی جواب (counterpart) ہوتا ہے اور اس لئے وہ "بعید السبب درد" کا محل وقوع بن جاتا ہے (30)۔ یہ درد حلق میں محسوس ہو سکتا ہے۔ سینہ کا درد "خارق" یا "ناخز" یا "آگ کی طرح جلتا ہوا سوزشی" یا "مضیق" بیان کیا جاتا ہے۔ بازوؤں یا انگلیوں میں درد کے ساتھ جھنجھناہٹ یا سُن پنا بھی محسوس ہونا ممکن ہے۔ مختلف مریضوں میں درد کا آغاز بہت مختلف طور پر ہوتا ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ وہ ایک یا دونوں بازوؤں میں شروع ہو کر اوپر کو سینہ تک پھیل جائے۔ یا ممکن ہے کہ وہ بالائی شکم میں شروع ہو (شراسیفی ذبحہ = epigastric angina)، یا نسبتاً نیچے شکم میں شروع ہو (شکمی ذبحہ = angina abdominis)۔ ایسے ہی ایک مریض میں یہ درد زور لگانے یا محنت کرنے پر شروع ہو جاتا، اور ابتداءً ناف کے خطے میں محدود ہوتا جہاں وہ نہایت شدید ہوتا۔ لیکن یہ بتدریج شدت میں بڑھ کر سینہ اور پشت پر ساری دور پھیل جاتا تھا۔ حملہ کے دوران میں مریض کا بشرہ تشویشناک یا سنجیدہ ہوتا ہے۔ اور اگر وہ چل رہا ہے تو ٹھہر جانے پر مجبور ہو جاتا ہے، اور وہ خاموش رہتا ہے۔ اسے ٹھنڈے پسینے آنے لگتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس کا ریق زیادہ ہو جائے اور اسے قریب الموت ہونے کا احساس ہو۔ نبض عموماً غیر متغیر ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ سست ہو جائے، یا ایسی بے نظمیاں، جیسے کہ مستزاد انکماشات دیکھے جائیں۔ ایک جہلک حملہ کے خاتمہ کے قریب نبض تیز ہو جاتی ہے۔ خون کے دباؤ میں کوئی ممیز تبدیلی نہیں ہوتی۔ بعض مریضوں میں وہ بقدر ۲۰ ملی میٹر یا تقریباً ۲۰ ملی میٹر زیادہ ہو جاتا ہے۔ درد چند سیکنڈ یا منٹ جاری رہنے کے بعد بہ سرعت جاتا رہتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ چند گھنٹوں کے دوران میں پھر بار بار ہونے لگے، یا چند مہینوں یا برسوں تک

پھر محسوس ہو۔ ذبحہ پہلے اور واحد حملہ میں مہلک ہو سکتا ہے۔ حملوں کے درمیان میں اور شدید حملوں کے بالآخر موقوف ہو جانے کے بعد ممکن ہے کہ سینہ کی دیوار اور بازوؤں پر مختلف مقامات پر دبانے سے ایلمیت محسوس ہو اور ہفتوں تک اس طرح محسوس ہوتی رہے۔ یہ مقامات آئے دن بدلتے رہتے ہیں۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ مریض کی توجہ سینہ کے اندر تپری یا بچکاؤ کے احساسات کی طرف مبذول ہو جنھیں اس امر کی تنبیہی ہدایت سمجھنا چاہیئے کہ اگر احتیاط نہ کی جائے گی تو شدید درد نمودار ہو جانے کا امکان ہے۔

حملہ کے ساتھ اکثر معدے کی تپری کا احساس موجود ہوتا ہے، بالخصوص جب کہ حملہ کھانے کے بعد ورزش کی وجہ سے شروع ہو گیا ہو اور ممکن ہے کہ اگر ڈکار کے ذریعہ ہوا کامیابی کے ساتھ خارج کر دی جائے تو اس میں تخفیف ہو جائے۔ اسی علامت کی کثرت وقوع سے یہ رائے پیدا ہو گئی ہے (31) کہ ہوا سے معدے یا مری کا پھولنا ہی اس شکایت کا اولی سبب ہے، لیکن اس رائے کو چند اشخاص ہی تسلیم کرتے ہیں۔ ایک مشاہدہ کردہ اصابت میں (32) ڈکاریں لینے کی کوشش سے درد میں ہر مرتبہ تخفیف ہو گئی لیکن لاشعاعوں سے پتہ چلا کہ معدے میں ہوا داخل ہو گئی تھی۔ تاہم مقام ذبحہ اور بالائی غذائی خطے کے درمیان ایک نہایت قریبی معکوس تعلق ہوا کرتا ہے، کیونکہ پیٹ بھر کر کھانا کھانے سے حملہ میں تعجیل ہو جائے گی، نیز ذبحی حملوں کے دوران میں محسوس ہونے والے بعض درد مری کے اندر پیدا ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ وہ نگلنے سے ایک لمحہ کے لئے زیادہ ہو جائیں یا کم ہو جائیں۔ اس کی توجیہ اس دودی حرکت کی موج سے ہوتی ہے جو نگلنے کے بعد مری پر سے نیچے کو گزرتی ہے (32)۔ جان ہنٹر نے اس موضوع پر خود اپنی حالت میں سریری مشاہدہ کیا۔ شاید ایسے دردوں کے لئے "ذبحۂ کاذب" ("pseudo-angina") کی اصطلاح استعمال کی جا سکتی ہے۔ بعض اوقات ذبحہ، مرضِ رینآڈ کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

ذبحۂ صغیر (angina minor) میں ممکن ہے کہ مریض ورزش یا سردی کے تکشف کے نتیجہ میں، چند سیکنڈ تک کسیقدر تحت القص درد محسوس کرے، اور خاموش رہنے پر مجبور ہو جائے۔ بعض اوقات یہ حملے غلط طور پر "ذبحۂ کاذب" کے نام سے موسوم کئے گئے ہیں لیکن اس اصطلاح کا استعمال اس تعلق میں نہیں کرنا چاہیئے، ورنہ اس حالت کی نزاکت مخفی ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

تشخیص - درد کی نوعیت، زور لگانے کی وجہ سے اس کا وقوع، اَمائل نائٹرائٹ سے اس میں تخفیف ہونا، قلبی یا شریانی ضرر (مصراعی مرض یا صلابت الشرائین) کے علامات، یہ سب امور عموماً فیصلہ کن ہوتے ہیں۔ اسے اس قلبی درد سے تمیز کرنا چاہیے جو پیش قلبیہ پر محسوس ہوتا ہے، اور مصراعی مرض یا عضلۂ قلب کے انحطاط کی وجہ سے فشل پذیر ہونے والے قلب کے ساتھ ہوا کرتا ہے۔ اسے وجع العصبی (neuralgic) دردوں سے بھی تمیز کرنا چاہیے، بالخصوص عصبانی مزاج کی عورتوں میں۔ اس حالت میں درد اکثر آرام و سکون کی حالت میں ہوا کرتا ہے، ذبحہ کے نسبت زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے اور ممکن ہے کہ قلب کے پُر شور عمل اور اختلاج کے ساتھ متلازم ہو۔ ذبحہ کی نسبتہً خفیف قسمیں اکثر اوقات غلطی سے سوءِ ہضم یا التہاب معدہ سمجھ لی جاتی ہیں۔ اور اس کی توجیہ ایک حد تک اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ اس کا حملہ اکثر اس وقت ہوتا ہے جب کہ مریض کھانا کھانے کے بعد چلتا پھرتا ہے۔ تمباکو کے ذبحہ (tobacco angina) کے خصائص ذبحۂ صدریہ سے کسیقدر مماثل ہوتے ہیں۔ نہایت شدید درد ایک اکلیلی شریان کی علقیت سے بھی پیدا ہوسکتا ہے، جو بعد میں بیان کی گئی ہے۔ لیکن یہ درد مسلسل ہوتا ہے، اس میں مریض مبہور اور اکثر بے چین ہوتا ہے۔ نبض ضعیف ہو جاتی ہے، تپ موجود ہوتی ہے، اور خون کے سپید خلیوں کی کثرت اور بعض اوقات تاموری فِرک ہوتا ہے جو تشخیص کا فیصلہ کر دیتا ہے۔ بالآخر، معدہ کے حاد انتفاخ سے بھی ایسے ہی علامات پیدا ہو گئے ہیں، اور اس میں معدے کے اندر ایک انبوبہ داخل کرنے سے تخفیف ہو گئی ہے۔

انذار - ممکن ہے کہ موت ذبحی حملہ کے دوران میں، یا اس کے ذرا دیر بعد یا سوتے میں، یا دفعتہً واقع ہو جائے۔ وہ فشل قلب سے یا دوسرے اسباب سے واقع ہوسکتی ہے۔ انذار کا انحصار اس پر ہوتا ہے کہ مریض پر علاج کا اثر کس قدر اچھا ہوتا ہے۔ یہ ہوسکتا ہے کہ مریض کو ایک حملہ ہو اور اس کے باوجود اگر معقول احتیاط کی جائے تو وہ برسوں بعد تک زندہ رہ سکے۔ ناموافق امارات یہ ہیں:- ورزش کی قلیل محجبیت، نبض تبادل اور برقی قلبی ترسیموں میں بعض تبدیلیاں (ملاحظہ ہو صفحہ 231)، جو سب یہ ظاہر کرتے ہیں کہ قلب کی فعلی قوت تحت السواء ہے۔

علاج ۔ دوران حملہ میں مریض کو بالکل خاموش اور بے حرکت رہنا چاہیئے ۔ ذبحہ کے حملہ کے لئے نہایت کارگر دوا نائٹرائیٹ آف امائل (nitrite of amyl) ہے۔اسکے ۳ تا ۵ قطرے شیشہ کے ایک چھوٹے کیپسول میں مشمول ہوتے ہیں جس پر کتان چڑھا ہوا ہوتا ہے ۔ اس کیپسول کو انگلی اور انگوٹھے کے درمیان یا چمٹے سے دباکر توڑ دیا جاتا ہے اور دوا کا بخار آزادانہ سونگھا جاتا ہے ۔ اس کے سونگھنے سے چہرہ سُرخ ہوجاتا ہے، جسمی عروق پھڑکنے لگتے ہیں، اور درد اکثر فوراً موقوف ہوجاتا ہے ۔ ممکن ہے کہ دوا کی اس مقدار کو مکرر دینا پڑے ۔ نائٹروگلیسرین (nitro-glycerine) ($\frac{1}{100}$ تا $\frac{1}{12}$ گرین) کا ایک قرص منہ میں رکھنے اور چبانے پر جب اس کا جذب واقع ہوتا ہے تو اس سے بھی اچھا اثر ہوتا ہے ۔ نائٹروگلیسرین کی قلیل مقداروں کے استعمال کے بعد بھی ابتداءً تپک کے ساتھ دردِ سر (throbbing headache) ہوتا ہے، لیکن کچھ عرصہ کے بعد اس کی برداشت پیدا ہوجاتی ہے اور نسبتہً بڑی مقداروں کا تحمل ہوسکتا ہے ۔ سوڈیم نائٹرائٹ (sodium nitrite) ($\frac{1}{2}$ ۲ گرین بصورت قرص) اور ایرتھرال ٹیٹرانائٹرائٹ (erythrol tetranitrite) (۱ گرین ایک ڈرام الکحل مطلق کے اندر مناسب طور پر مرتق کرکے) بھی عمدہ موسع العروق (vaso-dilators) ہیں ۔ اگر یہ تدبیریں ناکامیاب ہوں تو مارفیا کا تحت الجلدی اشراب کام میں لایا جاسکتا ہے، اور زیادتیٔ ہبوط ہو تو برانڈی یا ایتھر کی ضرورت پڑے گی ۔ مارفیا بوقت خاص طور پر مفید ہوتا ہے جب کہ جوش و ہیجان یا دماغی تشویش کے باعث حملوں میں تعجیل ہوجائے ۔ جب پُرمعدے کی وجہ سے یا ریحیت کے ہمراہ حملے ہوجائیں تو سال وولاٹائل (sal volatile) پانی کی مساوی مقدار کے ساتھ مرتق کیا ہوا مفید ہوسکتا ہے ۔ آکسیجن خیمہ کے ذریعہ مکرر حملے روکے جاچکے ہیں ۔

جب کسی مریض میں ذبحہ ایک مرتبہ ظاہر ہوجائے تو ضروری ہے کہ مریض چند ہفتوں تک بستر میں کلی آرام لے اور تشویش و ہیجان سے محترز رہے ۔ غذا ایک وقت میں تھوڑی مقدار میں دی جائے ۔ جب مریض پھر چلنے پھرنے لگے تو اس کو چاہیئے کہ اپنی طرز زندگی کو اس طرح بدل دے کہ اُن اسبابِ عاملہ (دافرِ عقلی محنت وغیرہ) سے محترز رہے جن سے حملہ ہوگیا تھا ۔ اپنی زندگی کو منظم بنانے میں اُسے بازو اور سینہ کے پچکاؤ کے اُن تنبیہی احساسات سے مدد ملے گی جو اکثر کے پھر

حد سے زیادہ کام شروع کرنے پر ظاہر ہو جائیں گے۔ حملوں کی روک تھام اوّلاً تو ادویہ
کرنی چاہیئے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد غالباً نائٹرائٹس کا استعمال حفظ ماتقدم کی غرض سے نہ کرنا
بہترین ہے، کیونکہ اگر وہ مریض کے تنبیہی امارات کو دور کر دیں تو اُسے پھر اپنے قلب سے
زیادہ کام لینے کی جرأت ہو جاتی ہے اور اس سے دورانِ خون کا فشل پیدا ہو جانے کا
امکان ہے۔ امائل نائٹرائٹ یا نائٹروگلیسرین کے قرص ضرورت کے وقت کام آنے کے
لئے پاس رکھنے چاہئیں۔ تمباکو نوشی کی زیادتی کو موقوف کر دینا چاہیئے۔ بعض مریض
تمباکو کے لئے اس قدر حساس ہوتے ہیں کہ دن میں ایک یا دو سگریٹ بھی ان کے حملوں کو
جاری رکھ سکتے ہیں۔ شدید اصابتوں میں، جہاں قلب کی محفوظ قوت کم ہو ممکن ہے ایسا
علاج حملوں کو روکنے میں ناکامیاب رہے، اور جب کبھی مریض ذرا ہی چلے پھرے گا تو یہ بدستور
واقع ہو جائیں گے۔ ایسی اصابتوں میں نائٹروگلیسرین مفید ہو گی۔ اس کی معتاد $\frac{1}{100}$
قطرہ روزانہ تین یا چار بار ہو سکتی ہے، جسے بتدریج $\frac{1}{10}$ یا $\frac{1}{2}$ تک بڑھا سکتے ہیں۔ بعض
اصابتوں میں آیوڈائڈ آف پوٹاسیم (۵ تا ۳۰ گرین) بھی نفع بخش ہوتا ہے۔ آتشک
297 کا علاج بھی کرنا چاہیئے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔ ذیابیطس شکری (diabetes
mellitus) میں کاربوہائڈریٹ کی کثرت رکھنے والی غذا اور انسولین (insulin)
دینی چاہیئے۔ بعض اوقات برقی قوس (electric arc) میں جسمانی سطح کا تکشف کرنے
سے حملے رک گئے ہیں۔ امونیم برومائڈ، ۱۰ تا ۲۰ گرین کی خوراکوں میں، بحیثیت ایک ذہنی
مسکن کے مفید ہے۔ ہمارے معلومات کی موجودہ حالت میں جراحی علاج، یعنی عصب خافضہ
کو قطع کر دینے کی سفارش نہیں کی جا سکتی۔

ذبحہ کا تلازم قلب اور شش کے اُس احتقان کے ساتھ جو چپ جانبی فشل کے
باعث ہو ظاہر کرتا ہے کہ مسدود مزمار کے مقابل زور سے زفیر کرنے سے اور اس طرح
قلب اور شش، نظامی دورانِ خون کے اندر خالی کرنے سے ممکن ہے کہ حملہ رک جائے۔
راقم الحروف کا ذاتی مشاہدہ ثابت کرتا ہے کہ کم از کم خفیف چپ جانبی دردوں پر تو یہ بیان
صادق آتا ہے۔ آہستہ آہستہ گہری سانسیں لینا بھی مفید ہے۔ ممکن ہے کہ زور دار
شہیق کا برعکس عمل بعض راست جانبی دردوں پر اطلاق پذیر ہو۔ مریض کو ان حرکات
کو عمل میں لانا سکھا دینا چاہیئے۔ یہ یقیناً کوئی نقصان تو کر نہیں سکتے۔

ساری شریانی التہاب

(INFECTIVE ARTERITIS)

حاد شریانی التہاب ۔ حاد سرایت شریان تک باہر سے آسکتی ہے (ابتدائی گرد شریانی التہاب = (initial peri-arteritis) یا اندر سے (ابتدائی دروں شریانی التہاب = initial endarteritis)۔ اول الذکر کسی متصلہ تقیحی مرکز یا زخم سے سرایت رساں عامل کے راست پھیل جانے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ نسبتہً بڑی شرائین کا ابتدائی حاد دروں شریانی التہاب دیوار شریانی پر اُن عفونیوں کے حملہ کی وجہ سے ہو سکتا ہے جو درونہ میں مفرد عفونی سداد کے ذریعہ منتقل ہو گئے ہوں، یا وہ ہم پہلو عفونی روئیدگیوں میں سے سرایت کے پھیلنے سے پیدا ہوتا ہے، جیسے کہ اس خبیث التہاب دروں قلب میں جو اورطی یا ریوی شریانوں کو ماؤف کر دیتا ہو۔ سرایت رساں عامل خواہ کسی راستہ سے عرقی دیوار تک پہنچے، آخر الذکر کی ساری دبازت بہ سرعت ماؤف ہو سکتی ہے۔ نسیجیاتی لحاظ سے حاد التہاب کا سا منظر پیدا ہو جائے گا، اور نرم شدہ دیوار درجۂ مضرت کے لحاظ سے یا تو باہر کے طرف اُبھر آتی ہے (فطری انورسما = mycotic aneurysm) یا وہ مثقوب ہو کر خون کو باہر نکلنے دیتی ہے۔

حاد گرھلی کثیر شریانی التہاب (polyarteritis acuta nodosa)۔

حاد گرد شریانی التہاب کی اصطلاح استعمال کرنے کے بعد یہاں ایک نہایت شاذ حالت (جسے حاد گرہلی گرد شریانی التہاب بھی کہتے ہیں) کا تذکرہ کرنا بے محل نہ ہوگا خاص طور پر اس وجہ سے کہ غالباً وہ بھی ایک حاد سرایت کے باعث ہوتا ہے، اگرچہ آخر الذکر کی نوعیت اب تک متعین نہیں ہوئی ہے۔ جسم کی بہت سی چھوٹی شریانیں ماؤف ہو سکتی ہیں، بالخصوص قلب اور گردوں کی۔ ماؤف عروق میں چھوٹے گرہلی اورام پیدا ہو جاتے ہیں، جو دراصل چھوٹے چھوٹے انورسما ہوتے ہیں، اور ان کے ساتھ علقیت کبھی ہوتی ہے کبھی نہیں ہوتی۔ معلوم ہوتا ہے کہ ابتدائی ضرر شریان کے درمیانی طبقہ کا ماسکی تنخر ہوتا ہے، اور اس کے گرد پیش حاد التہابی تعامل ہوتا ہے جو سب تینوں طبقات کو ماؤف کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ علقیت واقع ہو جائے، یا نرم شدہ دیوار ڈھیلی پڑ کر باہر کے طرف اُبھر آتی ہے (انورسما)، اور

اکثر اوقات پھٹ کر خون کو باہر نکلنے دیتی ہے۔

تدرنی شریانی التہاب (tuberculous arteritis) مزمن ساری شریانی التہاب کے دو عام ترین سبب عصبیۂ درنیہ اور ہیج سلکیہ شاحب ہیں۔ ایک درنی مرکز کے قرب وجوار میں ایک شریان کی دیوار تجبنی ارتکی عمل کے راست پھیلاؤ کی وجہ سے ماؤف ہو سکتی ہے۔ ماؤف دیوار ایک تدرنی ضرر کے معمولی خصائص ظاہر کرتی ہے، اور ممکن ہے کہ بطانی یا دروں حلمی خلیات کے تکاثر سے، خواہ اس کے ساتھ ایک علقہ ہو یا نہ ہو، شریان کا درونہ مطموس ہو جائے۔

آتشکی شریانی التہاب (syphilitic arteritis)۔ آتشکی شریانی التہاب کی صورت میں دو قسمیں شناخت کی جاتی ہیں۔ ایک وہ جو اورطی میں پایا جاتا ہے، اور دوسرا وہ جو چھوٹی شریانوں میں ہوا کرتا ہے، لیکن دونوں کا بنیادی تعامل مماثل ہوتا ہے۔ اول الذکر میں التہابی عمل، جو ہیج سلکیہ کی تحریک سے شروع ہوتا ہے، بیرونی طبقہ میں عروق العروق کے تعلق میں آغاز پذیر ہوتا ہے اور ان کا درونہ اپنے استری دروں حلمی خلیوں کے تکاثر سے تنگ یا مطموس ہو جاتا ہے۔ گول خلیوں کی گرد عروقی دررِیزش عروق العروق کے ساتھ ساتھ واقع ہوتی ہے اور اسی واسطے اورطی کے درمیانی طبقہ میں پھیل جاتی ہے۔ عضلی خلیوں اور لچک دار بافت کے چھوٹے چھوٹے رقبوں میں تنخر واقع ہو جاتا ہے، اور یہ رقبے لمف آسا اور بلازمائی خلیوں کے ماسکوں کے ساتھ مل کر خردبینی صمغیے بنا دیتے ہیں۔ ایسے رقبہ کا بطانہ، بطانی خلیوں کے تکاثر سے دبیز ہو جاتا ہے، اور ان نوخیز عروقِ شعریہ کی کلیاں پھوٹ نکلنے کی وجہ سے جو کہ اس دبیز رقبہ کے اندر بالیدگی حاصل کرتے ہیں عروقی ہو جاتا ہے۔ بعد میں کچھ تو تنخری ملبہ کے جذب کی وجہ سے اور کچھ اس نوخیز لیفی بافت کے انقباض کی وجہ سے جو غائب شدہ عضلی اور لچکدار بافت کے بجائے پیدا ہو جاتی ہے، اورطی کی اندرونی سطح پر انداب دیکھا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے نالچکدار لیفی بافت درمیانی طبقہ کی اس عضلی اور لچکدار بافت کی جگہ لے لیتی ہے جس پر شریانی دیوار کی کارکردگی کا انحصار ہوتا ہے، اور آخر الذکر جہاں کہیں متلیف ہو جاتی ہے، بتدریج پھیل کر تن جاتی ہے۔ انورسما کی پیدائش کا یہی طریقہ ہے۔ چونکہ اس ضرر کی اہمیت کا انحصار درمیانی طبقہ کو پہونچی ہوئی مضرت کی مقدار پر ہوتا ہے، لہذا اورطی کے

298

آتشکی مرض کو اکثر التہابِ میاں اورطی (mesaortitis) کہتے ہیں، اگرچہ وہ اوّلاً عروق العروق کا ایک ضرر ہوتا ہے۔

ماؤف اورطی، دبازت کی چکتیاں نیز ایک نہایت معین انداب ظاہر کرے گا اور آخر الذکر خالی آنکھ سے ایک آتشکی ضرر کو اُن ضررات سے متفرق کرنے میں کام آتا ہے جو اتھیروما کی وجہ سے ہوتے ہیں، اور یقیناً اتھیروما کا ساتھ موجود ہونا بھی ممکنات میں سے ہے۔

نسبتہً چھوٹے شرائین کی حالت میں بیرونی طبقہ بھی چھوٹے گول خلیوں کی دریزش ظاہر کرتا ہے۔ درمیانی طبقہ بہت کم ماؤف ہوتا ہے، لیکن بطانہ نہایت معین تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ بطانہ کی اتصالی بافت کے خلیوں کے تکاثر کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ وہ بہت دبیز ہوجاتا ہے۔ لیفی ورقے اور نئی لچکدار بافت پیدا ہوکر درونہ بہت تنگ بلکہ مطموس ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عمل انطماس علقیت کے وقوع سے تیز تر ہوجائے۔ آتشکی مرض کی اِس قسم کا ایک عام محلِ وقوع دماغی عروق ہیں، بالخصوص اُن کی قشری شاخیں۔ صمغیات میں واقع ہونے والے تنخر کے تعلق میں آتشکی التہابِ بطانۂ شریان (syphilitic endarteritis) ایک اہم حصہ لیتا ہے، اور اِس کے برعکس ایک صمغیتی عمل، راست پھیلاؤ کے ذریعہ سے بڑھ کر قرب وجوار کی ایک چھوٹی شریان کو ماؤف کرسکتا ہے جو اب تک غیر ماؤف تھی۔

اس طرح پرتدرنی اور آتشکی التہابات بطانۂ شریان دونوں درونہ کا انطماس پیدا کردینے کا رجحان رکھتے ہیں، لہذا وہ انطماسی التہاب بطانۂ شریان (endarteritis obliterans) یا تکاثری التہاب بطانہ شریان (endarteritis proliferans) کی مثالیں ہیں۔ یہ ایک ایسا عمل ہے جو ابھی بیان کئے ہوئے طریقوں کے علاوہ اور دوسرے طریقوں سے بھی واقع ہوسکتا ہے۔ مثلاً اِس اصطلاح کا اطلاق اُن شرائین کے فعلیاتی انطماس پر کیا جاسکتا ہے، کہ جن کی ضرورت نہ رہی ہو۔ یہ انطماس سُرّی شرائین (umbilical arteries)، قناۃ شریانی (ductus arteriosus)، وضع حمل کے بعد بہت سے رحمی عروق، سنِ یاس کے زمانہ میں مبیضی عروق، وغیرہ میں واقع ہوجاتا ہے۔ ان اصابتوں میں بطانہ بتدریج دبیز ہوجاتا ہے، اور درونہ مطموس اور

عضلی خلیئے مذبول ہوجاتے ہیں۔

علقی عرقی انطماسی التہاب (thrombo-angiitis obliterans)۔

التہاب بطانۂ شریان کی ایک دوسری قسم "علقی عرقی انطماسی التہاب (thrombo-angiitis obliterans)" کے نام سے موسوم ہے۔ شریانی مرض کی یہ مخصوص قسم بالخصوص نوعمر یا ابتدائی ادھیڑ عمر کے بالغ یہودیوں میں ہوا کرتی ہے، خاص کر اُن میں جو مشرقی یورپ کے رہنے والے ہوں۔ یہ آتشک کی وجہ سے نہیں ہوتی، لیکن ممکن ہے کہ زیادہ سگریٹ نوشی ایک حد تک اِس کا سبب ہو۔ خون کا دباؤ بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ مرض کا ٹھیک طریقہ پیدائش غیر واضح ہے۔ تاہم بطانہ کے خلیات کا بہت تکاثر ہوتا ہے اور اِس طرح وہ بتدریج دبیز تر ہوجاتا ہے۔ اِسی کے ساتھ ساتھ یا اِس سے پہلے علقیت واقع ہوجاتی ہے، اور ازاں بعد اِس علقیت کا تعضّی ہوجاتا ہے۔ بیرونی طبقہ میں کوئی التہابی تغیّرات نہیں ہوتے، اور درمیانی طبقہ صرف کبھی کبھی انحطاطی تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ اِس شریان سے جس حصّے کو رسد پہنچتی ہے اُس کا تغذیہ گو ناقص ہوتا ہے لیکن وہ ہنوز ممکن ہوتا ہے۔ متوقف عرجان (intermittant claudication) اور حُمرتی وجع الجوارح (erythromelalgia) ممیز علامات ہیں۔

گرد شریانی التہاب گرھکی۔ ایک شاذ حالت ہے جس میں درمیانی طبقہ کا انحطاط، اور بطانہ کا تکاثر ہوتا ہے، جو بسا اوقات علقیت، اور اریکی گرد شریانی التہاب کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ وریدیں بھی متاثر ہوجاتی ہیں، اور یہ حالت جسم میں وسیع طور پر پھیلی ہوتی ہے۔

مزمن شریانی انحطاطات

(CHRONIC ARTERIAL DEGENERATIONS)

انحطاط پیری (senile degeneration) (وسطانی انحطاط: medial degeneration)۔ بڑھاپے میں شرائین کے درمیانی طبقہ میں انحطاط یافتہ عضلی خلیوں کے مقام پر کلسی مادے کے چھوٹے چھوٹے ماسکات کا ملنا شاذ نہیں لیکن اِس قسم کے انحطاط کے انتہائی درجہ کو صلابتِ مونک برگ (Monckeberg's sclerosis)

کہتے ہیں۔ یہ زیادہ تر بڑی شریانوں، بالخصوص عرقی اور فخذی عروق کو اور کبھی کبھی شکمی اور ملی کے حصۂ زیریں کو ماؤف کرتی ہے، اور ممکن ہے شیخوخی گنگرین کی موجب ہو۔ معلوم ہوتا ہے کہ ابتدائی تغیر درمیانی طبقہ کی اتصالی بافت کے خلیوں اور عضلہ کا زجاجی انحطاط ہے۔ اس انحطاط کے بعد عضلی بافت کے انحطاط یافتہ بندوں میں چونے کے نمکوں کا جماؤ ہوتا ہے، چنانچہ کچھ عرصہ گزرنے کے بعد درمیانی طبقہ کی جگہ کلسی مادّے کے کم و بیش مکمل حلقے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اِس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ماؤف شریان کم و بیش استوار ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ وہ کسی قدر متسع ہو جائے۔ بطانہ میں اتھیروما موجود ہو سکتا ہے، لیکن کلسی مادہ کے گرد کوئی التہابی تعامل نہیں واقع ہوتا۔

یہ دراصل بوڑھے اشخاص کا شریانی انحطاط ہے، اور اِسے اُس تکلس کے ساتھ خلط ملط نہیں کرنا چاہئے جو اکثر بطانہ میں اتھیرومائی ملبہ کے متعلق میں واقع ہوا کرتا ہے۔

اتھیروما (اتھیرومائی صلابت = athero sclerosis) (گرہچی صلابت = nodular sclerosis)۔ اس حالت کو ایک زمانہ میں تشوہی التہاب بطانۂ شریان (endarteritis deformans) کہتے تھے، لیکن چونکہ ابتدائی تغیر اوّلاً اور بعض اوقات خالصاً انحطاطی ہوتا ہے لہٰذا اب التہاب بطانۂ شریان کی اصطلاح اس قدر عام طور پر نہیں سنی جاتی۔ یہ انحطاط اپنی توزیع میں دراصل چکتی دار ہوتا ہے، اگرچہ نسبتۂ چھوٹی شریانوں میں وہ زیادہ منتشر ہو سکتا ہے۔

اس کے طریقۂ پیدائش کے متعلق ہنوز بہت شبہ ہے، لیکن غالباً ابتدائی تغیر ایک مقامی انحطاط ہوتا ہے جس کی خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ بطانہ میں کولیسٹرال شحمی اور لپائڈی مادے نمودار ہو جاتے ہیں۔ اِسی کے ساتھ، یا تو تخریبی ملبہ کی پیدا کردہ خراش کی وجہ سے یا بطور ایک تعویضی عمل کے، انحطاط یافتہ مرکز پر اکثر بطانہ کی ایک دبازت واقع ہو جاتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ مرکز بطانہ کے عمیق ترین حصے میں چلا جاتا اور درمیانی طبقہ سے متماس ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ بطانی تکاثر اور صلابت موقوف ہو جائے اور انحطاطی عمل درونہ کے طرف پھیل جائے۔ اس حالت میں بطانہ بالآخر ٹوٹ کر ایک قرحہ بن جاتا ہے جسے "اتھیرومائی قرحہ" ("atheromatous ulcer") کہتے ہیں۔ بہت بار درمیانی طبقہ میں بھی اس جگہ جہاں وہ انحطاط یافتہ بطانہ کے قریب

ہوتا ہے، شحمی انحطاط واقع ہو جاتا ہے، لیکن یہاں اس امر پر زور دینا ضروری ہے کہ یہ ایک محض اتفاقی اور خالصاً ثانوی واقعہ ہوتا ہے۔ جیسا کہ بیان کیا گیا ہے بطانہ کے انحطاط یافتہ رقبہ میں کولیسٹرال شحم اور لپائڈز وغیرہ موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ان میں سے کچھ متغیر ہو کر صابن بن جائیں جس کے بعد تکلس واقع ہو جاتا ہے، لہذا کبھی کبھی بالخصوص شکمی اورطی میں بڑی بڑی کلسی چلپتیاں پائی جاتی ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ اورطی کے انصرام میں ہمیں مختلف الانواع ضررات نظر آسکتے ہیں۔

چنانچہ اُن زرد چلپتیوں کے ہمراہ جو بطانہ میں شحم کے جماؤ کے مقامات پر نمایاں ہوتی ہیں، غیر شفاف سپیدی مائل گدیاں بھی موجود ہو سکتی ہیں، جو بطانہ کی لیفی دبازت کا نتیجہ ہوتی اور اپنے نیچے کے شحمی ملبہ کو چھپاتی ہیں، انھیں کے ساتھ ساتھ ممکن ہے کہ ہم شحمی طور پر انحطاط یافتہ بطانہ کے اوپری تآکلات (انصرومائی قروح) دیکھیں، یا ایسے کلسی صحیفے دیکھیں جو اکثر اوقات شکستہ و ریختہ سُرخ خلیوں کے باقیات سے ملوّن اور بعض اوقات ایک جداری علقہ سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی جب کہ درمیانی طبقہ بھی انحطاطی عمل سے ماؤف ہو چکا ہو، کمزور شدہ دیوار کسی حد تک تن جاتی ہے۔ کبھی کبھی یہ بھی ہوتا ہے کہ ایک کلسی صحیفہ عرضاً ٹوٹ جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون شریان کے طبقات میں جا گھستا ہے (تقطیعی انوریسما =dissecting aneurism)۔ لیکن تاوقتیکہ آتشکی میان اورطی التہاب (syphilitic mesaortitis) بھی موجود نہ ہو، جھرّی دار ندبات نہیں ہوتے۔ ضررات کے اُن خصائص کا اختلاف جو کہ برہنہ آنکھ سے نظر آتے ہیں لپائڈی انحطاط اور بطانی صلابت کے اضافی تناسبات پر منحصر ہوتا ہے۔ اُورطی کے اندر ایسی چلپتی دار کربیجی دبازتیں ممکن ہے کہ نسبتہً کم نقصان کریں، لیکن نسبتہً چھوٹی شریانوں کی حالت میں معاملہ بالکل دوسرا ہوتا ہے۔ یہ چھوٹی شرائین بھی بہت کچھ مماثل طرز کا ضرر ظاہر کرتی ہیں۔ وہ در اصل مرکزی ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ زیادہ منتشر بھی ہو۔ بطانہ کی یہ کربیجی دبازتیں دَرونہ کے اندر اُبھر آتی اور اس میں تشوّہ پیدا کر دیتی ہیں، اور علقیت واقع ہو جانے کی وجہ سے درونہ بآسانی مسدود ہو جاتا ہے، اور اس طرح انضمام پیدا ہو جاتا ہے۔ جہاں درمیانی طبقہ ثانوی طور پر ماؤف ہوتا ہے، بے قاعدہ اتساع واقع ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ عرق پھٹ جائے بالخصوص

ایسے مقامات میں جیسے کہ دماغ، جہاں عرق کو بہت تھوڑا سہارا حاصل ہوتا ہے۔ ماؤف شدہ شریانی رقبہ کی وسعت مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتی ہے۔ بعض اوقات صرف اورطی ماؤف ہوتا ہے، اور بعض اوقات صرف چھوٹی شریانیں یا ایسی شریانوں کا ایک خاص گروہ، مثلاً اکلیلی، دماغی یا کلوی۔

شریانی انحطاط کی یہ قسم زیادہ بوڑھی عمر کے زمانوں میں بیشتر دیکھی جاتی ہے اور اکثر موت کا سبب ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ یہ نسبتہً ابتدائی عمر میں واقع ہونا شروع ہو۔ یہاں اُن شحمی جماوؤں کا تذکرہ کردینا ضروری ہے، جو اکثر غلافوں کی شکل میں ہوتے ہیں اور حاد حمیات کے نتیجہ کے طور پر بطانہ کے نیچے کی اتصالی بافت کے اندر واقع ہوتے ہیں۔ "عاجل اتھیروما" ("early atheroma") کے نام سے اُن کو غالباً غلط طور پر موسوم کیا گیا ہے۔

300

منتشر بیش تکوینی صلابت (diffuse hyperplastic sclerosis)

(شریانی شعری لیفیت=arterio-capillary fibrosis)۔ یہ تغیر جو شریانی خون کے دباؤ کی زیادتی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، عموماً اُن اشخاص میں پایا جاتا ہے جو زندگی کے تیسرے عاشورہ سے لیکر پانچویں عاشورہ تک میں ہوتے ہیں۔ ماؤف عروق بالخصوص چھوٹی شریانیں اور شرینات ہوتے ہیں، اور ابتدائی تغیر اِن چھوٹی شریانوں کے درمیانی طبقہ کا تنشی انقباض معلوم ہوتا ہے۔ درمیانی طبقہ کا عضلہ اور لچکدار عناصر دونوں بیش پرورده ہوجاتے ہیں، لیکن بعد میں وہ مذبول ہوکر اُن کی جگہ لیفی بافت کے وَرَقے لے لیتے ہیں۔ اِسی کے ساتھ ساتھ بطانہ میں خلوی عناصر کا تکاثر واقع ہوجاتا ہے، اور بطانہ کم و بیش یکساں طور پر دبیز ہوجاتا ہے۔ دبیز بطانہ میں لچکدار ریشوں کی جدید تکوین بھی ہوتی ہے۔ صغیر ترین شرینات میں خاص تغیر بطانہ ہی میں ہوتا ہے۔ اِس قطریہ والے عروق کا دَرونہ بہت تنگ ہوجاتا ہے اور ممکن ہے کہ کلی طور پر مطموس ہوجائے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضو کے اُس حصے میں جسے ماؤف عرق سے رسد پہنچتی ہے، ذبولی تغیرات واقع ہوجاتے ہیں۔ ماؤف شرینات کا دبیز بطانہ جلد یا بہ دیر زجاجی تغیر سے ماؤف ہوجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ شحمی انحطاط واقع ہوجائے۔

منتشر بیش تکوینی صلابت نہایت عام طور پر گردوں میں واقع ہوتی ہے اور

اس کے بعد محال اور دوسرے اعضا ہیں جن میں دماغ، لبلبہ، جگر، فوق الکلیہ غدد، اور منبثہ کم یا معدہ اور امعا مشمول ہیں لیکن قلب، اور کالبد کے عضلات نہیں شامل ہیں۔ بڑھی ہوئی محیطی مزاحمت قلب پر زیادہ کام کا بار ڈال دیتی ہے اور اس کی بائیں جانب نہایت معتد بہ بیش پرورش حاصل کر لیتی ہے (ہم مرکزی بیش پرورش = concenteric hypertrophy)۔ یہ حالت بلا کسی اہم کلوی تغیر کے موجود ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ گردے کسیقدر انداب ظاہر کریں بلکہ ذراتی بھی ہو جائیں لیکن یہ کلوی تغیرات محض ذبولی ہوتے ہیں اور ان کا انحصار کلوی بافت کے رقبوں کی دموی رسد کے منقطع ہو جانے پر ہوتا ہے (وقف الدمی ذبول schaemic atrophy =)۔ یہ اوّلی منتشر بیش تکوینی صلابت ہے۔

لیکن ممکن ہے کہ ایسے ہی عروقی تغیرات ثانوی طور پر ان گردوں میں واقع ہو جائیں جو اولی طور پر منتشر یا مرکزی قسم کے مزمن التہابی تغیرات کا محل وقوع ہیں اور یہ عروقی تغیرات التہابی مضرت میں اپنا حصہ شامل کر دیں۔ ان اصابتوں میں بھی خون کا دباؤ بڑھ جاتا اور بایاں قلب بیش پروردہ ہو جاتا ہے۔ پس معلوم ہوتا ہے کہ گردوں کے ایک ماسبق التہابی عارضہ کی وجہ سے خون کے اندر کوئی مادہ یا مادے محبوس ہو جاتے ہیں، اور گردوں اور دوسرے مقامات میں چھوٹی شرائین اور شریانات کا منشی انقباض پیدا کر دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہی عامل یا اور کوئی خراش آور مادہ ان تغیرات کی بھی تحریک کا باعث ہو جو کہ اوپر بیان کئے گئے ہیں۔ بایں ہمہ ممکن ہے کہ اولی اور ثانوی مرض کے باہمی تعلقات نہایت قریبی ہوں، کیونکہ پایا گیا ہے کہ جنگی التہاب گردہ (war nephritis) سے خون کا دباؤ بڑھ جاتا ہے، درآں حالیکہ یہ التہاب گردہ خود بظاہر دفع ہو گیا ہو۔

شریانی صلابت

(arteriosclerosis)

شریانی صلابت کے معنے شرائین کی سختی ہے۔ یہ لفظ اکثر محدود مفہوم میں منتشر بیش تکوینی صلابت کے مرادف کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ لیکن سہولت

اس میں ہے کہ ہم کو ایسی اصطلاح حاصل ہو کہ ابھی بیان کئے ہوئے تمام مختلف مرض شریانی انحطاطات پر بستر مریض کے پاس اس کا استعمال کیا جاسکے‘ کیونکہ دوران زندگی میں ان میں ٹھیک تفریق کرنا اکثر ناممکن ہوگا‘ اور ممکن ہے یہ سب ایک ہی مرضی عمل کی قسمیں ہوں۔ اس کتاب میں یہ اصطلاح اسی وسیع مفہوم کو ادا کرنے کے لئے استعمال کی گئی ہے۔

شریانی صلابت کے اسباب۔ ممکن ہے یہ مختلف قسمیں اتنا مختلف مضرت رساں عوامل کی وجہ سے نہ ہوں کہ جتنا ان مختلف زمینوں کی وجہ سے ہوں کہ جن میں جرثومی سموم یا دیگر عوامل جاگزیں ہوتے رہیں۔ شلاً نوعمروں میں التہابی تغیرات کا نتیجہ وافر اندرونی تکاثر (منتشر بیش تکوینی صلابت) ہوتا ہے‘ لیکن بوڑھوں یا ضعفی (cachectic) اشخاص میں ایسا شدید تعامل ناممکن ہوتا ہے‘ اور ان کے خون کا دباؤ پست رہتا ہے (انحطاط شیخوخی =senile degeneration)(32)۔ آلبٹ نے بتلایا ہے کہ اولی شریانی تغیرات‘ جیسے کہ اتھیروما اور انحطاط پیری میں خون کا دباؤ بڑھانے کا رجحان نہیں ہوتا۔ اس کے برعکس منتشر بیش تکوینی صلابت کے ساتھ خون کا بلند دباؤ پایا جاتا ہے۔ چنانچہ اگر سخت شرائین والی تمام اصابتیں شریانی صلابت (arteriosclerosis) کی اصطلاح کے تحت ایک ہی زمرہ میں مجتمع کر دی جائیں تو بعض اصابتوں میں خون کا دباؤ طبعی ہوگا اور بعض میں وہ بڑھا ہوا ہوگا۔ شریانی صلابت‘ اور بالخصوص اتھیروما ان لوگوں کی شریانوں کا ایک عام انحطاط ہے جن کا پیشہ ان کو سخت عضلی بار کا مورد بناتا ہے‘ لہذا ممکن ہے فشار خون کی متوقف زیادتی ایک سبب معتد ہو۔ مختلف عاملات جو اس کی تسبیب میں حصہ لینے والے سمجھے گئے ہیں یہ ہیں:- بسیار خوری بالخصوص پروٹینی اور شحمی غذاؤں کی۔ چنانچہ دودھ کی زیادتی کو سبب قرار دیا گیا ہے (57)‘ اور گوشت خوروں کی نسبت نبات خوروں میں کم فشار خون پایا گیا ہے (58)۔ نقرس‘ الکحل‘ سیسہ کا تسمم‘ ملیریا اور دوسری حاد سرائتیں‘ معہ اپنے جراثیمی سموم کے‘ بالخصوص تپ محرقہ‘ ناقص درقیت (hypothyroidism) مرض برائٹ (ملاحظہ ہو منتشر بیش تکوینی صلابت = diffuse hyperplastic sclerosis) اور شاید معائی تسمم۔ شریانی صلابت بوڑھے آدمیوں میں ذیابیطس کے ہمراہ موجود ہوسکتی ہے‘ کیونکہ ان میں پروٹین اور شحم نہایت کثرت سے کھائی جاتی ہیں۔

لیکن دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ ذیابیطس ثانوی ہو، کیونکہ عروق کی صلابت کی وجہ سے لبلبہ کی دموی رسد کا فشل واقع ہو جاتا ہے۔

امراضیات ۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ شریانی دیواروں کے عضلی اور لچکدار دو عناصر اولی طور پر کمزور ہو جاتے ہیں۔ اس لئے وہ تن جاتے اور تمدد ہو جاتے ہیں، اور تکلس اور تشریحی تبدیلیاں دیواروں کو قوی تر کرنے کا کام دیتی ہیں اور خاص طور پر ان نقطوں پر واقع ہوتی ہیں کہ جہاں ہوئے خون کے چکر کھانے کے باعث خاص بار پڑتا ہو یعنی خموں اور ان جگہوں پر کہ جہاں شریانیں شاخ کی صورت میں پھوٹتی ہیں تکلس اندمال کے معنی رکھتا ہے اور ان مقامات پر کبھی انشقاق واقع نہیں ہوتا۔ شریانی دیوار میں دوسری جگہ یہ عمل منتشر ہوتا ہے۔ خون کا دباؤ ایک ثانوی امر ہے (59)۔

علامات ۔ ابتدائی درجوں میں شریان جس پذیر ہوتی ہے، اور جب اسے انگلیوں سے دبا کر سارا خون خارج کر دیا جائے تو انگلیوں کے نیچے گھمائی جا سکتی ہے۔ شریان موٹی محسوس ہوتی ہے۔ مابعد درجوں میں ممکن ہے کہ تکلس کی وجہ سے اس کی دیوار سخت محسوس ہو۔ عرضی قطر زیادہ ہو سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ شریان کی طوالت بڑھ جانے کی وجہ سے عرق پیچ دار ہو جائے۔ نبضان اکثر کم ہو جاتا ہے اور کبھی کبھی بالکل غائب ہوتا ہے، ممکن ہے کہ علقیت واقع ہو جائے۔ چونکہ موج نبض کی رفتار شریان کی استواری کے ساتھ ساتھ بڑھتی ہے، لہذا "گرم تار" والے نبض نگار ("hot wire" sphygmograph) کی وساطت سے اول الذکر کی تعیین سے ایک دی ہوئی حالت میں شریانی صلابت کی مقدار ظاہر ہونی چاہیے۔

شریانی صلابت میں اکلیلی شرائین نہایت عام طور پر اتھیرومائی ہو جاتے ہیں، لہذا عضلۂ قلب کے تغذیہ میں خلل واقع ہو کر اس کا انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔ اسی وجہ سے ابتدائی فشل القلب کے علامات موجود ہو سکتے ہیں، یعنے خستگی، سانس پھولنا، اور زور لگانے پر درد۔

شریانی صلابت بعض احشاء میں اپنی موجودگی کے باعث مقامی علامات پیدا کر سکتی ہے۔ دماغ میں وہ علقیت یا نزف پیدا کر کے اِن کے ممیز و مخصوص علامات پیدا کر سکتی ہے۔ شریانی تشنج ایک ایسی حالت پیدا کر دیتا ہے جو البیومن بولیت کی

موجودگی میں بوریاد مویت (uræmia) سے مشابہ ہوتی ہے اور کاذب بوریادمویت (pseudo-uræmia) کے نام سے موسوم ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 303)۔

تجویز و علاج ۔ حفظ ما تقدم اِس پر مشتمل ہے کہ اس حالت کے اسباب کا علاج کیا جائے۔ بسیارخوری سے احتراز لازم ہے۔ اصلاح اس وقت بھی جب کہ مرض قائم شدہ ہو واقع ہو سکتی ہے۔ کچھ زمانہ کے لئے البتہ پر آرام کرنے کی ہدایت کر دینی چاہئے کیونکہ افقی وضع' دوران خون پر سے بار کو دور کر دیتی ہے۔ عموماً آیوڈائڈز (iodides) دیئے جاتے ہیں' اور جیسا کہ اکثر ہوتا ہے' اگر ناقص درقیت کا کوئی عنصر موجود ہو تو ممکن ہے کہ یہ مفید ہوں۔ خلاصۂ درقیہ (thyroid extract) بھی آزمایا جائے (شریان صلابتی گردے کا علاج بھی ملاحظہ ہو)۔

بلند فشار شریانی

(high arterial pressure)

(hyperpiesia = ارتفاع الضغط)

نوعمر تندرست بالغوں میں خون کے دباؤ کی طبعی جولانی ۹۵ سے ۱۴۰ ملی میٹر ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 229)۔ اکثر یہ تعلیم دی گئی ہے کہ خون کا دباؤ مریض کی عمر کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے۔ فی الحقیقت عمر اور خون کے دباؤ کے متعلق ضابطے بنائے گئے ہیں۔ یہ رائے شہادت کو غیر صحیح طور پر جانچنے سے پیدا ہو گئی ہے۔ ایسے بہت سے بوڑھے شخص موجود ہیں جن کی شریانیں کامل طور پر طبعی ہیں اور جن میں خون کا دباؤ طبعی ہے۔ اِس کے برعکس شریانی مرض' جو بذات خود اکثر خون کے دباؤ کی زیادتی' یعنی ارتفاع الضغط پیدا کر دیتا ہے' عمر بڑھنے کے ساتھ ساتھ زیادہ کثرت کے ساتھ پایا جاتا ہے' اور اس واقعہ کی کہ معمر اشخاص کی ایک جماعت کا اوسط فشار خون بڑھا ہوا پایا جاتا ہے توجیہ کرتا ہے۔ ارتفاع الضغط میں ۱۵۰ تا ۳۰۰ ملی میٹر اور زائد تک کی قیمتیں منضبط ہوئی ہیں۔ یہ زیادتی عموماً ادھیڑ عمر میں' یعنے تیس سال سے اوپر شروع ہو کر اس وقت تک کامیاب ہو جاتی ہے جب کہ بڑھاپا نمودار ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ عموماً زندگی کے اسی حصے میں پائی جاتی ہے۔ لیکن یہ شیرخواروں بلکہ نوزائیدہ بچوں میں بھی دیکھی گئی ہے۔ یہ عموماً

نسبت مردوں کو زیادہ متاثر کرتی ہے۔ ممکن ہے شریانی صلابت کے عنوان کے تحت بتائے ہوئے تسببی عوامل اس کے ذمہ دار ہوں۔

امراضیات۔ شریانی فشار طبعی حدود کے اندر ایک سے زائد عاملات سے متاثر ہوتا ہے۔ مثلاً قلب کے زائد از معمول فعل سے بڑھی ہوئی محیطی مزاحمت سے اور خون کی لزوجت (69) یا حجم کی زیادتی سے دباؤ بڑھ جائے گا، اگرچہ حجم کی زیادتی غالباً ہمیشہ ایک عارضی حالت ہوتی ہے۔ تاہم ارتفاع الضغط کا خاص سبب محیطی مزاحمت کی زیادتی ہے، جو شاید ابتداءً بعض شرینات کے تشنجی انقباض کے باعث پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن بعد میں اپنی مکمل طور پر قایم شدہ شکل میں یہ شرینات کی دیواروں میں ایک التہابی نوعیت کے ورم کی وجہ سے ہوتی ہے جو ابھی منتشر بلیش تکوینی صلابت (diffuse hyperplastic sclerosis) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو)۔ بعض اصابتوں میں خون کے سرخ خلیات اور ہیموگلوبین بہت زیادہ ہو جاتے ہیں (کثرت خلیات دمویہ = polycythaemia) اور ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں خون کے دباؤ کی زیادتی جزءً خون کی بڑھی ہوئی لزوجت کا ثانوی اثر ہو۔

ایک طبعی شخص پر جس کا انقباضی دموی فشار فی الحقیقت ۱۰۰ ملی میٹر سے نیچے تھا، تحقیقات عمل میں لانے سے دن کے وقت ۱۰ ملی میٹر کی زیادتی اور دوران شب میں ایک متناظر کمی پائی گئی۔ یہ زیادتی بالخصوص چائے، کافی اور تمباکو نوشی کی وجہ سے تھی۔ ورزش، دماغی کام، افکار اور جوش و تحریک سے دباؤ بڑھ جاتا اور الکحل سے کم ہو جاتا تھا۔ جبل عالی (Alps) پر تعطیل منانے پر ایک نمایاں زیادتی مشاہدے میں آئی (34)۔ اس سے پتہ چلتا ہے کہ ہوا کی تلطیف کی وجہ سے آکسیجن کی کمی وعاحرکی مرکز کو تہییج کر دیتی ہے۔ تجربۃً کتوں میں بعض کو لائڈی تجہیزات کا اشراب دماغ کے بطینی نظام کے اندر کرنے سے ارتفاع الضغط پیدا کیا گیا ہے۔ اجسام پاشینیہ (Pacchionian bodies) جن کی وساطت سے دماغی نخاعی سیال کی تقطیر واقع ہو کر وہ وریدی جوف کے اندر پہنچ جاتا ہے، ان تجہیزات سے مسدود ہو جاتے ہیں۔ لہذا دماغی نخاعی سیال کے دباؤ کی ایک مستقل زیادتی ہو کر خون کے دباؤ کی زیادتی ثانوی طور پر پیدا ہو جاتی ہے (17)۔ ایک نوجوان مریض کے پیشاب میں ایک ضاغط مادہ

(pressor substance) پایا گیا ہے (68)- ایک رائے یہ دی گئی ہے کہ جگر میں ایک سم کو تباہ نہ کرنے کا نقص پیدا ہو جاتا ہے، کیونکہ اس وقت جبکہ دموی یوریا (blood-urea) اور غیر پروٹینی نائٹروجن طبعی ہوں اور یہ کلوی عمل کا غیر مختل ہونا ثابت کرتے ہوں، خون میں امینو ترشوں (amino-acids)، یورک ترشہ (uric acid) اور کولسٹرال (cholstrol) کا مقدار بڑھا ہوا ہوتا ہے، پیشاب میں امونیا نائٹروجن (ammonia nitrogen) کی مقدار یوریا نائٹروجن کے مقابلہ میں اس سے زیادہ ہوتی ہے کہ جتنی حالت طبعی میں اپنا سبب اسے کم : ۳۰) اور بولی انڈیکان (indican) کی زیادتی پائی جاتی ہے (71)-

علامات۔ اس مرض کے ابتدائی درجوں میں کم از کم بعض اصابتوں میں ارتفاع الضغط مستمر نہیں ہوتا بلکہ کبھی کبھی ہوا کرتا ہے۔ از اں بعد یہ حالت مستقلاً قایم ہو جاتی ہے۔ مریض کو سر کے دردوں، بیخوابی، طنین الاذن اور دوران سر کی شکایت ہو سکتی ہے۔ گردن کی پشت میں قذال (occiput) کے قریب درد کا ہونا نہایت ممیز علامت ہے۔ بلند تناؤ کے خصوصیات حسب ذیل ہیں :— (۱) استعمال کردہ آلات پر کے اندراجات (ملاحظہ ہو شکل ۱۲ اب، صفحہ 226)- (۲) انگلی کو ایک سخت اور خوب پُر شریان کا احساس اس کے ساتھ زیادہ دیر تک قائم رہنے والا انکماشں ہوتا ہے۔ انبساط کے دوران میں شریان کبھی کامل طور پر خالی نہیں ہوتی۔ وہ انگلی کے نیچے لڑھکائی جا سکتی ہے، لیکن جب اسے انگلی سے دبا کر خالی کر دیا جائے تو دورانِ انبساط میں یہ ضرور نہیں کہ وہ حس پذیر ہو۔ (۳) کلانی قلب اور زوردار ضربۃ الراس کا ثبوت۔ (۴) مرتمہ اصوات قلب، یعنی راس پر پہلی آواز کی اطالت اور غطائوا اور اوطی رقبہ میں دوسری آواز کی تفخیم یا جھنکار دار نوعیت۔

(۵) چشم بین کے ذریعہ امتحان اکثر شریانی تغیرات کی تخمین کا ایک قیمتی ذریعہ ہوتا ہے، کیونکہ شبکیتی شرائین کے منظر سے یہ دریافت کرنا ممکن ہے کہ دماغی شرائین کی کیا حالت ہے۔ ابتدائی درجے میں چشم بینی تغیرات شرائین تک محدود ہوتے ہیں۔ وریدوں کے ساتھ مقابلہ کیا جائے تو عام طور پر شریانوں کا درونہ جسامت میں کم ہو جاتا ہے۔ شبکیتی شرائین کی دیواریں طبعی حالت میں نور کا کسی حد تک انعکاس کر دیتی ہیں، جو کہ شریان کے وسط کے طول میں ایک چمکدار دھاری کی طرح دکھلائی دیتا ہے۔

شریانی صلابت میں دیواروں کی دبازت کے باعث یہ انعکاس زیادہ ہو جاتا ہے' اور نسبتہً چھوٹی شریانیں تانبے کے تار کی طرح صیقل شدہ نظر آتی ہیں' اور ازاں بعد جوں جوں دیوار کی غثمیت بڑھتی جاتی ہے وہ چاندی کے تار کی طرح چمکدار دکھلائی دیتی ہیں۔ یہ چمک دار دھاری اکثر بے قاعدہ ہوتی ہے اور ایک نقطہ دار منظر پیش کرتی ہے۔ شرائین پیچدار ہوتی ہیں' لیکن چونکہ طبعی شریان اس خصوص میں نہایت مختلف الکیفیت ہوتی ہے لہذا یہ خاصہ کوئی تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔ اُن کا درونہ بے قاعدہ ہوتا ہے۔ وہ اکثر جسامت میں بہت گھٹی ہوئی ہوتی ہیں' اور بعض اوقات لیفی دھاگوں جیسی نظر آتی ہیں۔ بعض اوقات وہ طبعی عرض کی ہوتی ہیں لیکن کہیں کہیں ان پر سپید حلقی نما جماؤوں کا غلاف چڑھا ہوتا ہے' اور وہ ایک پائپ (pipe) کی نلی کے ٹکڑوں کی طرح نظر آتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ کچھ عرصہ کے بعد غائب ہو جائیں۔ شریانی وریدی تقاطعات کے مقامات پر مخصوص و ممیّز مناظر نظر آتے ہیں۔ اگر ورید شریان پر سے ترچھے رُخ میں عبور کرتی ہے تو ورید کا خط اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے اور وہ تھوڑے فاصلے تک شریان کے ساتھ ساتھ چلا جاتا ہے۔ جب شریان ورید کے سامنے سے عبور کرتی ہے تو ورید مقام تقاطع پر غائب معلوم ہوتی ہے' کیونکہ وہ شریان کی دبیز دیواروں کے پیچھے چھپ جاتی ہے۔ وریدوں پر دباؤ پڑتا ہے' جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تقاطع کے بعدی جانب پر ورید پھولی ہوئی ہوتی ہے' لیکن یہ منظر' جسے تکویم ("banking") کہتے ہیں ہرگز عام نہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴)۔

شبکیتی مناظر (یعنی شریان صلابتی التہاب شبکیہ arterio-sclerotic retinitis) ویسے ہوتے ہیں جیسے کہ مزمن مرض برائٹ میں ملتے ہیں۔ عصب ریشئی تہ میں دقیق نزفات کی وجہ سے چھوٹے شعلہ شکل رقبے نظر آسکتے ہیں۔ جب نزفات' شبکیہ کی عمیق تر تہوں میں موجود ہوتے ہیں تو وہ مستدیر طور پر مدور ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایک بعد کے درجہ میں خوب واضح کوروں والے چھوٹے چمک دار دھبے اِدھر اُدھر زیادہ اکثر لطخی خطہ (macular region) میں موجود ہوں' جن کے گرد وہ ایک ناہموار ستارہ نما شکل بنا دیں' یا ممکن ہے وہ ایک پنکھے نما شکل میں لطخہ اور بصری قرص (optic disc) کے درمیان واقع ہوں۔ ممکن ہے کہ وہ شبکیتی وریدی

صلابت شریانی التہاب شبکیہ ایک ایسی عورت میں جس کا انکماشی فشار خون ۳۰ ملی میٹر پارہ سے
موزطب طور پر زیادہ تھا اور جو اس تصویر لینے کے تقریباً چار سال بعد "سکتہ" سے مرگئی۔

(آر۔ فاسٹر مور)

یہ تصویر کلوی التہاب شبکیہ میں "روئی کے جیسے" قطعات ظاہر کرتی ہے جو کہ نئی التہاب کلیہ میں
دیکھے جاتے ہیں۔ (ڈبلیو۔ ٹی ہامز سپاسر)

کے اصلیات کے گرد مجتمع ہوں، لیکن زیادہ اکثر وہ بے قاعدہ طور پر ادھر اُدھر منتشر ہوتے ہیں۔ اکثر اُن کی ایک بڑی تعداد اس قدر قریب قریب مجتمع ہوتی ہے کہ ایک پچی کاری کے ٹکڑے سے مشابہت پیدا ہوجاتی ہے۔ نسیجیاتی لحاظ سے یہ جھلیاں شبکیہ کی تین نواتی تہ میں زجاجی ارتشاح کے گول یا بیضوی تودوں پر مشتمل ہوتی ہیں۔ شاید ان کے متعلق یہ سمجھنا ممکن ہو کہ ان کی اصلی نوعیت ان سپید مقعات کی نوعیت سے مماثل ہے جو شبکیتی شرائین کی چھوٹی شاخوں کی مسدودی سے پیدا ہوجاتے ہیں۔

غالباً اصابتوں کی اکثریت میں یہ شبکیتی تغیرات مریض کی موت تک قائم رہتے ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ انصباب شدہ خون جذب ہوکر اصلاح واقع ہوجائے، بلکہ انحطاطی دھبے تک غائب ہوجائیں۔ ابتدائی درجوں میں بصارت کا ضیاع واقع نہیں ہوتا۔ بصارت کی تدریجی خرابی، ناقص دموی رسد کی وجہ سے پیدا ہونے والے شبکیہ کے عصبی عناصر کے انحطاط کے باعث ہوسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ میدان بصارت محدود ہوجائے۔ عصب بصری کا ذبول (optic atrophy) دیکھا جاسکتا ہے اور ممکن ہے کہ اُس کے وقوع سے پہلے قرص (disc) کا کچھ تھوڑا اورم ہو۔ بصارت کا ناگہانی عارضی ضیاع (عارضی ملنت = amaurosis fugax) دبازت یافتہ شبکیتی شرائین کے تشنج کی طرف منسوب کیا گیا ہے (جو کہ بعد میں بیان کیا گیا ہے)۔ ناگہانی منتقل کوری جس میں درد بالکل موجود نہ ہو، مرکزی شبکیتی شریان کی علعیت کا نتیجہ ہوسکتی ہے۔ شبکیہ شاحب نظر آتا ہے۔ اِس کے خلاف نُطفہٴ شاہ دانہ جیسے سرخ دھبہ کی طرح نظر آتا ہے۔ عروق کے اندر خون کا عمود ٹوٹ کر سرخ خلیوں کے چھوٹے چھوٹے کندے بن جاتا ہے، جن کے درمیان پلازما کی صاف فضائیں حائل ہوتی ہیں (مویشی گاڑی کا منظر = cattle-truck appearance)۔

دوسری حالتیں جو ان اصابتوں میں پائی جاتی ہیں اتنا بلند تناؤ کا ثبوت نہیں، جتنا کہ وہ دورانِ خون کی اُن دقتوں کے نتائج ہیں جو بالآخر خراب ترین اصابتوں میں پیدا ہوجاتی ہیں۔ وہ حالتیں حسب ذیل ہیں:۔ خفیف البیومین بولیت، جو تا نوی کلوی مائوفیت کے باعث ہوتی ہے (ملاحظہ ہو شریان سلابتی گردہ، صفحہ 532) اگرچہ بیشتر اصابتوں میں دموی یوریا یا تو بڑھا ہوا ہوتا ہی نہیں یا محض خفیف سا بڑھا ہوا ہوتا ہے،

اور گردے کے فعل میں عموماً خفیف سی خرابی ہوتی ہے یا کوئی خرابی ہوتی ہی نہیں جسم کے مختلف حصوں میں نزفات، مثلاً رعاف (epistaxis) نفث الدم (hæmoptysis) شبکیہ اور زجاجیہ میں کے نزفات اور شاید چھوٹے چھوٹے دماغی نزفات، بواسیر سے خون کا بہنا وبحۂ صدریہ (angina pectoris) خارش، پنڈلیوں میں اینٹھن ہونا۔

بیش تنشی دماغی حملہ یا داء الدماغ (encephalopathy) جو کہ کاذب یوریمیا (pseudo-uræmia) بھی کہلاتا ہے، بہت ہی ممیز ہے۔ حملے سے پہلے فشار خون سرعت سے بڑھ جاتا ہے، جو کہ چھوٹی دماغی شریانوں کے تشنج یا بعض اوقات دماغی تہیج کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ علامات یہ ہیں:- عضلات کے عارضی استرخا آت، تشنجات، حبسہ کوری، توہمات، ہذیان، ذہول، اور قوما۔ اس سلسلۂ علامات کو مزمن دماغی لینیت (chronic cerebral softening) کے عنوان کے تحت زیادہ تفصیل کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔

اوّلی ارتفاع الضغط کی بہت سی اصابتوں میں سطحی عروق دمویہ کا امتلا شدید درجہ کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایسے اشخاص بڑھتی ہوئی عمر کے ساتھ تنومند و باصحت نظر آئیں، کیونکہ اُن کے چہرے کا رنگ سرخ ہوتا ہے، اور وہ محض اُس سرخ رنگت کی مثالیں معلوم ہوں جو سب سے تندرست بوڑھوں میں نظر آتا ہے۔ ڈیُولیفائی سردی کی بڑھی ہوئی حس پذیری (برد حساسیّت = cryæsthesia) کا تذکرہ کرتا ہے جس کی ان مریضوں کو شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے مردہ انگلیاں ہوں یا برودت بالخصوص جوارح زیریں میں محسوس ہوتی ہے اور مریض کو موٹا لباس پہننے پر مجبور کر دیتی ہے، حتیٰ کہ گرم موسموں میں بھی۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں ارتفاع الضغط سے دونوں جوارح زیرین میں کنگرین تک کی نوبت پہنچ گئی۔ ان اصابتوں کا خاتمہ آخر کار اکلیلی علقیت (coronary thrombosis) یا دماغی نزف سے ہو جاتا ہے، یا فشل پذیر قلب سے کہ جس کے ہمراہ استسقا اور تہیج الریہ پائے جاتے ہیں، یا کبھی کبھی یوریا دمویت (uræmia) سے (نام نہاد خبیث بیش تنشی کی اصابتیں)۔ اکلیلی علقیت اور دماغی نزف میں موت ناگہانی ہو سکتی ہے۔

علاج۔ اگر خون کے دباؤ کی زیادتی کا سبب شناخت ہو سکے تو اُسے رفع یا کم

304

کرنے کی کوششیں کرنی چاہئیں ۔ جہاں یہ یقین کرنے کے لئے معقول وجہ موجود ہو کہ طرزِ زندگی بھی اس حالت کے پیدا کرنے میں حصہ لے رہا ہے تو گوشت اور زیادہ نائٹروجن شامل رکھنے والی غذاؤں اور پیورین اجسام شامل رکھنے والی غذاؤں سے محترز رہ کر نیز الکحل چائے، تمباکو اور شدید دماغی اور جسمانی محنت سے پرہیز کرکے مدد حاصل کی جاسکتی ہے ۔ کیلومیل (۲ یا ۳ گرین) یا بلیوپل (۳ تا ۵ گرین) کبھی کبھی بطور مسہل دے کر اس کے بعد ایک صبحگاہی نمکین دینا مناسب ہے ۔ جب مریض کو بستر میں کامل آرام لینے کے لئے مجبور کردیا جاتا ہے تو اکثر خون کا دباؤ بہ سرعت کم ہو جاتا ہے ۔ عروقی موسعات، جیسے کہ نائٹروگلسرین، امائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) یا سوڈیم نائٹرائٹ (sodium nitrite) ذبحہ کے وقوع کی صورت میں مفید ہوسکتے ہیں ۔ پوٹاسیم آیوڈائڈ عام طور پر دیا جاتا ہے اور بعض اوقات دلک، عضلی ورزشیں، بلند تواتری رَویں، اور علاج بالماء نفع بخش ہوں گے ۔ چونکہ خون کے دباؤ کی زیادتی غالباً شریانات کے کسی ضرر یا مزمن سمی التہاب کردہ کی تعویض میں ہوتی ہے، لہٰذا اسے گھٹانے کی کوئی کوشش نہیں کرنی چاہئے ۔ ڈیجیٹلس ابتدائی درجوں کے لئے موزوں نہیں، مگر اس وقت ممد ہوسکتا ہے جب کہ قلب ایک ترقی یافتہ درجۂ اتساع میں پہنچ گیا ہو اور تہبیج موجود ہو ۔ ایسی اصابتوں میں آکسیجن خیمہ مفید ہوتا ہے ۔ ارتفاع الضغط کی ان اصابتوں میں کہ جن میں بلند ہیموگلوبن موجود ہو، اور بالخصوص اس وقت جب کہ دَردِ سر جیسے علامات موجود ہوں، فصد کے مسئلہ پر غور کرنا چاہئے ۔ ممکن ہے کہ ایک پائنٹ خون خارج کردینے سے تسکین ہو جائے، اور پھر تھوڑے تھوڑے وقفوں سے اسے مکرر عمل میں لاسکتے ہیں ۔ فشلِ قلب ہونے کی حالت میں بھی فصد لے سکتے ہیں (نیز ملاحظہ ہو شریانی صلابتِ گردہ) ۔

عرجان متوقف

(intermittent claudication)

وقفہ وار لنگڑانے یا متوقف عرجان کی اس حالت میں مریض کچھ فاصلہ تک چلنے کے بعد محسوس کرتا ہے کہ اس کی ایک یا دوسری ٹانگ میں کمزوری ہے اور اسی کے ساتھ جکڑ، بھاری پن، سن پنا، چبھن کے احساسات، درد اور اینٹھن بھی ہوتی ہے،

جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ لازماً لنگڑا کر چلتا ہے۔ جوں جوں وہ آگے بڑھتا ہے درد کے یہ احساسات زیادہ ہوتے جاتے ہیں اور بالآخر وہ مجبور ہو کر ٹھہر جاتا ہے۔ ماؤف پاؤں یا ٹانگ میں دورانِ خون کے اختلال کے امارات ظاہر ہوتے ہیں۔ وہ سرخ ہو جاتی ہے، اکثر ایک زراقی جھلک کے ساتھ، اور دھبے دار اور متورم ہوتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ پاؤں کی انگلیاں سپید اور "مردہ" ہوں۔ کچھ دیر آرام کے بعد یہ علامات بتدریج رفع ہو جاتے ہیں۔

ان علامات کی وجہ یہ ہے کہ ماؤف شریٔین خون کی اس بڑھی ہوئی مقدار کو لے جانے کے ناقابل ہوتی ہیں جس کی جارحہ کو عضلی ورزش کے دوران میں ضرورت ہوتی ہے۔ تقریباً تمام اصابتوں میں ماؤف جارحہ کی ظہری قدمی شریان (dorsalis pedis artery) میں یا پنڈلی کی قصبیتی موخر (posterior tibial) شریان میں نبض غیر موجود ہوتی ہے (39)۔ خون کا دباؤ بعض اوقات زیادہ ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں خفیف عضلی لاغری اور محیطی اعصاب کا انحطاط (التہاب اعصاب محیطی peripheral neuritis =) مشاہدے میں آیا ہے۔ بہت سی مثالوں میں اس شکایت کا نتیجہ جارحہ کی خشک گنگرین کی صورت میں ظاہر ہوا ہے، اور چند اصابتوں میں یہ شکایت جوارح بالا کے مرضِ رینا ڈ کے ساتھ متلازم پائی گئی ہے۔ بعض اوقات دماغی عروق ماؤف ہو جاتے ہیں اور اسی کے ساتھ سریع الزوال فالج نصفی اور دوسرے فالج، کوری، درد سر اور ذہنی علامات بھی ظاہر ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ مریضوں کی غالب تعداد میں شریانوں یا وریدوں کی صلابت، انطماسی شریانی التہاب یا اتھیروما، یا انطماسی علقی التہاب عروق (thrombo angiitis obliterans) کا (جو ملاحظہ ہو) ثبوت ملتا ہے۔ جن اصابتوں میں شریانی صلابت یا انطماسی شریانی التہاب کا کوئی ثبوت نہیں ملتا، ان میں یہ فرض کر لیا جاتا ہے کہ یہ حالت شریانی تشنج کے باعث ہے۔ یہ ایک بالغ زندگی کا مرض ہے۔ اور نقرس، ذیابیطس، اور آتشک اور تمباکو نوشی یا شراب خواری اکثر اس کے پیشرو ہوتے ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔

امراضیات۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ جب ایک مضبوط پٹی کے ذریعہ ایک

جارحہ کا دورانِ خون بند کر دیا جائے، اور اس جارحہ کے چند عضلات کو ورزش کرائی جائے تو ان عضلات میں درد پیدا ہوتا ہے۔ یہ درد ایک مادہ، یعنی پ۔عامل کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ فعال عضلہ سے آزاد ہو کر گردوپیش کی بافتی فضاؤں میں خارج ہو جاتا ہے، اور جو کہ بھی سد کو زیادہ کرنے پر غائب ہو جاتا ہے۔

انذار۔ گنگرین کے آغاز اور صلابت شریانی کے دیگر نتائج سے قطع نظر یہ مرض خطرناک نہیں ہے۔ علامات کی تسکین، شریان کی اس قابلیت پر ہے کہ آیا وہ متسع ہو سکتی ہے یا نہیں۔ اس کا امتحان کرنا ہو تو جسم کے کسی دوسرے حصے کو گرم کرنا چاہیے، مثلاً دھڑ پر گرم ہوائی غسل کا استعمال کر کے یا دونوں بازوؤں کو سارے کا سارا ایک گرم مغسل میں ڈبو کر، جب کہ طبعی تعامل یہ ہوتا ہے کہ ٹانگوں کی جلد کی تپش بڑھ جاتی ہے (72)۔ تاوقتیکہ یہ تعامل حاصل نہ ہو کوئی عملیتی مداخلت انجام نہ دینی چاہیے۔

علاج۔ مریض کو اپنی ورزش محدود کر دینی چاہیئے اور دورانِ خون کو اس نقطہ تک تیز نہ کرنا چاہیئے کہ جس پر عروق کے اندر کا تسدد اپنا عمل شروع کر دے۔ بستر میں اکثر آرام لیتے رہنا قرینِ مصلحت ہو سکتا ہے۔ آتشکی اماہتوں میں آیوڈائڈ آف پوٹاسیم، سلف آرسینال (sulfarsenol) وغیرہ آزمائے جا سکتے ہیں، اور وہ مقامی دوائیں جو مرض رینا ڈ میں مستعمل ہیں، نیز مستر زو برقی غسل گرم غسل، بلند تواتری رو ئیں، اور لطیف ڈلک اس میں استعمال کی جا سکتی ہیں۔ برقی حرارت رسانی جو دھڑ پر لگائی جائے مفید ثابت ہوتی ہے۔ افقی وضع میں کاربن ڈائی آکسائیڈ (۵ تا ۷ فی صدی) مع ہوا کے استعمال کرانا اور اس طرح ہفتہ میں کئی مرتبہ پندرہ منٹ تک عمیق تنفس کرانا مفید ثابت ہوا ہے۔

اگر گنگرین واقع ہو جائے تو درد کا ازالہ مارفیا سے کیا جا سکتا ہے، اور مناسب موقع پر ماؤف حصہ کو مبتور کر دینا چاہیئے۔ شرائین کی حالت، یعنے موجودہ تکلس کی مقدار شعاع نگاری کے ذریعہ متعین کی جا سکتی ہے، اور اس سے یہ فیصلہ کرنے میں مدد ملے گی کہ آیا بتر بہت اوپر یا زیادہ نیچے کرنا چاہیئے۔ گنگرین اور مخطور گنگرین کا علاج اس طرح بھی کیا گیا ہے کہ شریان کے گرد کے اعصابِ مشارکی کا استیصال کر دیا گیا ہے تاکہ شریانی تشنج موقوف ہو جائے، نیز شریان کے گرد الکحل کا اشراب کیا گیا ہے (40)۔

انطماسی علقی عرقی التہاب میں قطنی مشارک بری (lumbar sympathectomy)

کرنے سے سولہ مریضوں میں سے نو مریضوں میں عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں (65)۔

حمرتی وجع الجوارح

(erythromelalgia)

اس حالت میں جسے سب سے پہلے ویئر میچیل (Weir Mitchell) نے بیان کیا، پاؤں اور ٹانگوں میں شدید درد کے حملے ہوتے ہیں، اور ان کے ساتھ ہی یا ان کے بعد عروق دمویہ کا اتساع واقع ہوتا ہے، جس سے ماؤف حصہ تیز سرخ یا گہرے ارغوانی رنگ کا ہو جاتا ہے، اس کی سطح چمکدار اور وریدیں ابھری ہوئی ہو جاتی ہیں، اور شاید پسینہ بھی نکلتا ہے۔ بعض اوقات جوارح بالا اور دھڑ بھی متاثر ہو جاتا ہے۔ درد شدید جلن اور ٹپک کے ساتھ ہوتا ہے۔ حرارت، ورزش اور جوارح کی لٹکی ہوئی وضع سے یہ حملے شروع ہو جاتے اور بڑھ جاتے ہیں، برودت سے اور جوارح کو اونچا رکھنے سے درد میں قدرے تسکین ہو جاتی ہے۔ ابتداءً یہ حملے چند ہی گھنٹے تک جاری رہتے ہیں لیکن امتداد زمانہ کے ساتھ یہ زیادہ مواظب اور شاید ساتھ ہی کم شدید ہوتے جاتے ہیں۔ یہ حالت ابتدائی ادھیڑ عمر میں ہوا کرتی ہے اور بچوں میں شاذ طور پر۔

میچیل کے مریضوں میں سے دو میں بالآخر نخاعی علامات نمویاب ہو گئے۔ اور دوسری اصابتیں ایسی دیکھی گئی ہیں جو ہزال نخاع (tabes) نخاعی جوفیت (syringo-myelia)، اور صلابت منتشر (disseminated sclerosis) کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں۔ حمرتی وجع الجوارح کی بعض اصابتیں تسمم ارگٹ (ergotism) اور انسدادی علقی شریانی التہاب کے باعث ہونا معلوم ہوتی ہیں۔ آخر الذکر مرض میں حمرتی وجع الجوارح متوقف سرطان کے ساتھ متلازم پایا گیا ہے، اور خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ وہ ایک تعویضی میکانیہ کے طور پر عمل کرتا ہے، جس سے عروق شعریہ کا اتساع ہو کر حصہ ماؤف کی دموی رسد زیادہ ہو جاتی ہے۔ بیئر نوشوں کے سم الفاری تسمم میں حمرتی وجع الجوارح مشاہدے میں آیا ہے۔

علاج بیشتر علامات کے لحاظ سے کیا جاتا ہے: برودت، مناسب وضع، اور مارفیا کے استعمال سے۔ فرادیت (faradism) اور ڈنک بھی مفید ثابت ہوئے ہیں

306

جوارحی حساسیت (acroparæsthesia)۔ اس میں ہاتھوں اور پاؤں میں ناگوار یا دردناک احساسات، سنسناہٹ یا بے حسی "یا آلپینوں اور سوئیوں کی سی چبھن" ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ وعائی حرکی اختلال بھی ہو۔ یہ فساد مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ یہ ناگوار احساسات اس وقت جب کہ مریض صبح کے وقت بیدار ہوتا ہے، ایک یا دونوں ہاتھوں میں محسوس ہوتے ہیں، اور کچھ عرصہ کے بعد یہ علامات رفع ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات ہاتھ معمول کے نسبت زیادہ شاحب یا زیادہ سرخ، بلکہ متورم بھی ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں دن کے وقت ہاتھوں کا کسی پیشہ میں زیادہ کام میں لایا جانا، یا سونے میں ہاتھوں کی وضع کا ناقص رہنا، اس حالت کے پیدا کرنے کے لئے ایک کافی سبب معلوم ہوتا ہے۔ لیکن اکثر اوقات اس کا کوئی سبب معلوم نہیں کیا جا سکتا۔ اس کی امراضیات غیر واضح ہے:۔ یہ فساد وعائی حرکی تشنج سے منسوب کیا گیا ہے، لیکن بہت سی اصابتوں میں اس کی کوئی شہادت نہیں ملتی۔ یہ عمومی شلل (general paralysis) ظہری ہزال النخاع (tabes dorsalis) اور مماثل اقسام کے عوارض میں دیکھا گیا ہے۔ لیکن عموماً یہ ان سے اور ہسٹیریا سے الگ واقع ہوتا ہے۔ علاج آرام، مقویات، شب کے وقت پوٹاسیم برومائڈ، اور مستمر برقی رَو پر مشتمل ہے۔

انورسما

(ANEURYSM)

یہ نام (جس کے معنی چوڑا ہو جانے کے ہیں) شریان کے اُس اتساع پر اطلاق پذیر ہے جو اُس کے ممر کی کم و بیش محدود وسعت میں ہو۔ انورسمے اپنی شکل کے لحاظ سے تکلہ نما (fusiform) اور تاچک دار (sacculated) میں منقسم ہیں۔ تکلہ نما وہ ہے جس میں عرق کے سارے محیط کا کم و بیش یکساں اتساع ہو جاتا ہے۔ اور تاچک دار وہ ہے جو عرق کی ایک جانب پر ایک گلوبچہ نما اُبھار بنا دے، اور جو ترقی یافتہ اصابتوں میں ایک تنگی یا گردن کے ذریعہ عرق سے جڑا ہوا ہو۔ بعض اوقات،

۱؎۔ اشتکاک = "pins & needles"

بالخصوص جوارح یا شکم میں، ایک تاچیک دار انورسما ایک اُبھرے ہوئے مقام پر پھٹ جاتا ہے۔ چنانچہ اس سے خون آہستہ آہستہ گرد و پیش کی ساخت میں رس کر ایک ذوبہ بنا دیتا ہے، جو التہابی بافت کے ایک قسم کے ڈویرے سے محدود ہوتا ہے۔ اِسے انورسمائے منتشر (diffused aneurysm) کہا گیا ہے۔ بالآخر، ایک تقطیعی انورسما (dissecting aneurysm) اُس وقت بن جاتا ہے جب کہ شریان کے ایک ایسے حصے پر جو اُتھیرو ما سے ماؤف ہو، خون اندرونی اور درمیانی طبقوں میں گھس جاتا ہے، اور اُن کے اور بیرونی طبقہ کے درمیان داخل ہو جاتا ہے۔

اسباب۔ انورسما ہر ایسے سبب سے پیدا ہو جاتا ہے جو عرق کو ایک نقطہ پر کمزور کر دے۔ عام ترین سبب اُتھیرو ما ہوتا ہے، بالخصوص بڑے عروق میں، جن میں اندرونی اور درمیانی طبقات کمزور ہو جاتے ہیں، اور خون کے دباؤ سے ساری دیوار اُس نقطہ پر ڈھیلی پڑ جاتی ہے۔ نسبتہً چھوٹے عروق، مثلاً دماغ اور پھیپھڑوں کے عروق میں، ممکن ہے کہ عرق شریانی التہاب کے اُن مقامی اسباب سے کمزور پڑ جائے جن کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے (مثلاً سدادیت سے، یا تدرّن کے حملہ سے)۔ بیرونی طبقہ کے جراحی تضررات بھی انورسما پیدا کر دیتے ہیں۔ خراشش ایک دوسرا سبب مُعِدّ ہے، اور قدیم زمانہ میں جب کہ آج کل کے نسبت سواری اسپ کا رواج زیادہ عام تھا، یہ شریانِ مابضی کے انورسما (popliteal aneurysm) کی کثرتِ وقوع کا باعث تھا۔ اُن نسبتہً زیادہ عام اسباب میں جو انورسما کے معدّ ہوتے ہیں، آتشک ایک اہم مرتبہ رکھتی ہے، اور غالباً زیادہ بار بھی جو دوران خون کے ذریعہ سے اثر کرتا ہے۔

مرضی تشریح۔ نتائج کے متعلق مندرجۂ ذیل بیان کا اطلاق بالخصوص تاچک دار قسموں پر ہے۔ ایک نتیجہ خود تاچہ کے اندر کے خون کی ترویب ہے۔ چونکہ ایسا خون راست رو کے باہر ہوتا ہے، لہذا یہ زیادہ آہستگی سے حرکت کرتا ہے، نیز انورسمائی تاچے کی ناہمواری اس کی ترویب میں ممد ہوتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شاحب زردی مائل رنگ کی فائبرینی فراہمیوں کی متوالی تہیں تاچہ میں استر بنا دیتی یا اُسے تقریباً پُر کر دیتی ہیں۔ اور انہی فائبرینی تہوں سے تاچہ کی کامل پُری ہو جانے سے ممکن ہے کہ انورسمے مطموس یا شفایاب ہو جائیں یعرقِ خاص سے رابطہ جس قدر

آزادانہ رہے گا، فائبرین بننے کا امکان اُسی قدر کم ہوگا۔ چنانچہ تکلہ نما انورسما میں ایسی کوئی فراہمیاں نہیں واقع ہوتیں۔

انورسما کا ایک دوسرا نتیجہ گردوپیش کے حصوں پر اُس کا دباؤ ہے۔ ممکن ہے کہ سماچہ بہت بڑی جسامت حاصل کرلے۔ ایک انورسما جس کا نمونہ گائز ہاسپٹل (Guy's Hospital) کے عجائب خانہ میں موجود ہے، اور جو محرابِ اُورطی سے نکلا ہے، اس کا قطر ۹ انچ تھا۔

انورسما کا ایک تیسرا اثر نزف ہے، جو اکثر موت کا سبب ہوجاتا ہے۔ کھوکھلے احشاء اور مصلی کہفوں کے اندر انشقاقات کا وقوع اکثر سریع ہلاکت پیدا کردیتا ہے۔ اتصالی بافت یا بین عضلی فضاؤں میں انشقاقات اکثر نسبتہً بہت تدریجی اثر پیدا کرتے ہیں، اور ممکن ہے کہ جب وہ جوارح میں ہوں تو کامیاب علاج کا موقع دیں۔

علامات۔ ان کی تقسیم اس طرح کی جاسکتی ہے: وہ علامات جو تمام انورسموں کیلئے عام ہوتے ہیں، اور وہ علامات جو انورسما کے مقام وقوع پر منحصر ہوتے ہیں۔

307　وہ علامات جو جسم کے ہر حصے کے لئے مشترک ہوتے ہیں یہ ہیں:۔ (۱) سلعہ۔ (۲) نبضان۔ (۳) خرخر۔ (۴) درد۔ (۵) دباؤ کے دوسرے اثرات۔

صدری اُورطی کا انورسما

انورسما صدری اورطی میں سگماٹڈ یعنے سینی مصراعوں سے لے کر ڈائفرام تک کسی بھی حصہ میں واقع ہوسکتا ہے۔ لیکن پہلا اور دوسرا حصہ بیشتر اوقات ماؤف ہوتا ہے، اور ان حصوں میں سارے قطریہ کے بے قاعدہ اتساعات سے لے کر حقیقی سماچکی انورسما تک تمام اقسام واقع ہوتے ہیں۔ دونوں صنفوں میں اوسط عمر جس میں حملہ ہوتا ہے ۴۰ سال یا اس سے ذرا اوپر ہے۔ یہ مردوں میں نسبتہً بہت زیادہ عام طور پر واقع ہوتا ہے (عورتوں کی ۸۶ مثالوں کے مقابلہ میں اُن کی ۵۰۴ مثالیں) (65)۔

علامات۔ یہ بخیال سہولت تین زمروں میں بیان کئے جاتے ہیں، جن کا انحصار انورسما کے محل وقوع اور سمتِ بالیدگی پر ہوتا ہے۔ لیکن یہ نہیں خیال کرلینا چاہیئے کہ ایک خاص علامت پیدا کرنے کے لئے انورسما کو ہمیشہ ایک خاص مقام پر ہی

ہونا چاہئے۔ اَورطیٔ صاعد کا انورسما جو اکثر اپنے خطاب "امارات طبیعیہ والا انورسما" ("aneurysm of physical signs") کو حق بجانب ثابت کر دیتا ہے، اپنے ممر میں پسلیوں اور عظم القص کو متاکل کرتا ہوا آگے کی طرف بڑھ جاتا ہے اور خود کو بطور ایک دردناک اور الیم نابض سلعہ کے دوسری یا تیسری داہیں بین ضلعی فضاء میں یا نسبتہً شاذ طور پر دوسری یا تیسری بائیں فضاء میں ظاہر کرتا ہے۔ اس پر ایک نرم انکماشی خریر سنائی دیتا ہے۔ اس خطہ کا ایک سلعہ داہنے طرف بڑھ جاتا ہے اور فوقانی ورید اجوف پر دباؤ ڈال کر بازوؤں کا اُذیما پیدا کر دیتا ہے، یا وہ داہنے سینہ کے بالائی حصہ میں بڑھ جاتا ہے اور داہیں شُش کے بالائی لختہ کو یا اُس کے اندر جانے والے شعبہ کو مضغوط کر دیتا، اور متناظر رقبہ پر آواز تنفس کی کمی اور بعد کے درجہ میں اصمیت پیدا کر دیتا ہے۔ بائیں طرف ایک انورسما شریانِ ریوی کو دبا سکتا، داہیں قلب کا اِتساع پیدا کر سکتا، اور بالآخر شریان ریوی کے اندر وا ہو سکتا ہے۔ اَورطی انورسما شاذ موقعوں پر ایک یا دوسری خاص ریوی شاخ کے اندر، داہیں بطین کے اندر، داہیں اُذین کے اندر، بائیں اذین کے اندر، اور فوقانی ورید اجوف (دوالی نما انورسما = varicose aneurysm) کے اندر وا ہو گئے ہیں۔ اس طرح کے ارتباطات کی تقریباً تمام اصابتوں میں، جب مریض کافی طویل عرصہ تک زندگی گزار چکا ہو، تو ایک خریر سنائی دیتا ہے۔ اور بعض اصابتوں میں اُس کے نادر صفات یہ ہوتے ہیں کہ وہ ایک مسلسل یا موج دار خریر ہوتا ہے، جو بظاہر پہلی اور دوسری دونوں آوازوں کو ڈھانک دیتا ہے، اور بالخصوص کرخت، نغمی یا گرج دار ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں یہ خریر دوہرا، یا صرف اِنکماشی ہوتا ہے۔ اکثر ایک ذبذبہ موجود ہوتا ہے۔ اَورطیٔ صاعد کے انورسماؤں کا ایک غیر نادر الوقوع اختتام اُن کا تامور کے اندر انشقاق ہے۔

اَورطی انورسما کا ایک تشخیصی خاصہ جس کو اہمیت دی جاتی ہے، یہ ہے کہ اُس میں اَورطی دوسری آواز کی استثنائی بلندی پائی جاتی ہے، اور ہاتھ کو یا قدیم چوبی مسماع الصدر پر رکھے ہوئے کان کو ایک دھکے کا احساس ہوتا ہے (انبساطی صدمہ یا بازگشت = diastolic shock or rebound)۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ایک

انورسما اورطی دہنے میں متداخل ہوجائے اور اس طرح اورطی بازروی (aortic regurgitation) پیدا کردے جس کے ساتھ دوسری آواز غائب ہوجاتی ہے۔

ممکن ہے کہ محرابِ اورطی کا انورسما جو اکثر اپنے خطاب "علامات والا انورسما" ("aneurysm of symptoms") کو صحیح ثابت کرتا ہے، اوپر کے طرف قاعدہ گردن تک بڑھ جائے، جہاں وہ ایک نابض سلعہ بنا دیتا ہے اور سباتی یا لا اسمی شریان کے انورسما سے بمشکل شناخت کیا جاتا ہے۔ دباؤ کے اثرات جب وہ موجود ہوں، بالخصوص قصبۃ الریہ کے تعلق میں پیدا ہوتے ہیں، اور صرصرہ اور بُحَّہ پیدا کردیتے ہیں۔ اور خود سلعہ کی موجودگی عظم القص کے بالائی سرے پر اصمیت سے اور ایک خریرسے ظاہر ہوتی ہے۔ اس مقام پر ایک بڑا انورسما قصبۃ الریہ پر دباؤ ڈال کر حنجرہ کو نیچے اور بائیں طرف کھینچ سکتا ہے۔ پھر یہ بھی ممکن ہے کہ یہ انورسما نیچے کے طرف بڑھ جائے اور بائیں شعبت پر دباؤ ڈال کر وہ طبیعی امارات پیدا کردے جو بیان کئے جا چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 145)۔ شعبت پر دباؤ یا قصبۃ الریہ کے ساتھ انضمام ایک طبیعی امارت پیدا کردیتا ہے، جسے قصبی کشاکش (tracheal tugging) کہتے ہیں اور یہ اس وقت ظاہر ہوتی ہے جب کہ مریض سیدھی کھڑی وضع میں ہو، اس کا منہ بند ہو اور ٹھڈی انتہائی درجہ تک اوپر اٹھی ہوئی ہو۔ حلقی غضروف کو انگلی اور انگوٹھے سے پکڑ کر آہستہ سے اوپر اٹھایا جاتا ہے، جبکہ حلقی کو پکڑنے والی انگلیوں کو انورسما کا نبضان محسوس ہوتا ہے۔ خفیف کشاکش بعض تندرست اشخاص میں بھی معلوم ہوتی ہے، لیکن نمایاں حرکت ہو تو وہ انورسما کی ایک قابلِ قدر علامت ہے۔ اگر انورسما کا دباؤ باز گرد حنجری عصب پر پڑے (جو بائیں شعبت کے گرد لپٹتی ہے) تو بائیں حبل الصوت کے عضلاتِ مبعّدہ کا شلل (abductor paralysis) پیدا ہو کر ازاں بعد عضلۂ مقربہ کا "شللی تقبّض" واقع ہوجاتا ہے، اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ حبل مزمار کے وسط میں آجاتی ہے، اور ممکن ہے کہ کسیقدر صرصرہ اور ایک دوری رنّتی یا نحاسی" کھانسی (clanging or "brassy" cough) پیدا ہوجائے۔

308

ممکن ہے اورطی نازل کے انورسمے مری پر دباؤ ڈالیں اور عسر البلع یا غذا کی بازروی پیدا کردیں، یا وہ صدری قناۃ پر دباؤ ڈالیں۔ اگر یہ انورسما پیچھے کی طرف بڑھ رہا ہو، تو وہ ریڑھ کی عظمی بافت کو کھا لیتا ہے، بین ضلعی اعصاب کو دبا کر شدید درد پیدا

کردیتا ہے، اور ازاں بعد نخاع کو مبتلا کر کے پا فالج (paraplegia) پیدا کر دیتا ہے، اگرچہ فقرات متآکل ہوتے ہیں تاہم بین فقری غضروف مسلم رہتے ہیں۔ ایسے حالات میں اکثر پیچھے ریڑھ کی ہڈی پر ایک خریر رسنائی دیتا ہے۔ ممکن ہے انورسما جانبا بڑھ جائے۔ ایسی صورت میں وہ شش کو دبا کر پچکا دیتا ہے، اور محدود المقام اصمیت پیدا کر دیتا اور تنفسی خریر کو غائب کر دیتا ہے۔

کعبری منضوں کی عدم مساوات۔ اگر انورسما لااسمی شریان یا بائیں زیر ترقوی شریان کو دبائے یا ان میں سے کسی ایک کے مبدا کے مقام پر ایک روبہ بنا کر عرق کو مسدود کر دے تو متناظر نبض نسبتہً کم دباؤ رکھتی ہے اور اس کی نبض نگاری ترسیم کے اندر ایک ڈھلواں ضرب صاعد پائی جاتی ہے (شکل ۱۴، ا، ب، د)۔

ا

ب

ج

د

شکل ۱۴۔ نبض نگاری ترسیمات۔ ا۔ ایک مریض میں جس میں انورسما لااسمی شریان کو دبا رہا تھا دائیں نبض کعبری۔ ب۔ اسی مریض میں بائیں نبض کعبری۔ ج۔ زیر ترقوی شریان کے پچکاؤ میں نبض کعبری۔ د۔ ابھروائی شریان، جو طبعی ترسیم ظاہر کرتی ہے۔ دباؤ ۱۶۵ ملی میٹر۔

عدم مساواتِ حدقتین حدقی لاتساوی (anisocoria =) کو عموماً عصب مشارکی کے ریشوں میں مداخلت ہو جانے کی طرف منسوب کیا گیا ہے۔ کسی بھی جسامت کے انورسما کے ساتھ لاغری، کھانسی، زور لگانے پر یا دوروں کی شکل میں تہر، اور درد کا پیدا ہونا عام متلازمات ہیں۔ موت اکثر عضلۂ قلب کے متلازم تغیرات سے (جو کلیلی عروق کی صلابت کا ثانوی نتیجہ ہیں) واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن بعض اوقات وہ ایسے اعضا جیسے کہ مری، قصبۃ الریہ یا شعبہ پر دباؤ پڑنے اور ان کے ضروری افعال میں مزاحمت ہونے کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے۔ یا شش پر دباؤ پڑنے اور اس میں التہابی اور عفونی اعمال کی وجہ سے

صفحہ ۱۵

الف اورطی کا تاچکی اینورسما.

ب مرض ہاجکن؛ جس میں، اسط چوڑا ہوگیا ہے۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر انڈسے لاک نے لی ہیں)

یا بالآخر تاجہ کے انشقاق اور نزف کا وقوع یا تو خارجاً جلد کی راہ سے، یا مری یا تامور یا پلیورائی تاجہ کے اندر ہو جانے کی وجہ سے۔

تشخیص۔ علامات اور طبیعی آمارات پر غور و فکر کرنے سے ممکن ہے کہ اورطی انورسما کی تشخیص کا کچھ ایما ہو۔ لیکن آخری تشخیص ہمیشہ لاشعاعوں کے ذریعہ سے کرنی چاہیے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۵ الف)۔

ایک انورسما اور دائیں قلب، شریان ریوی یا ورید اجوف کے درمیان ارتباط کی موجودگی کی تشخیص اکثر مشکل ہوتی ہے۔ حتیٰ کہ انشقاق کے وقوع کا وقت بھی ہمیشہ شناخت میں نہیں آ سکتا۔ بعض اصابتوں میں بہر زراق اور استسقائے شکلی میں دفعتہً زیادتی ہو جاتی ہے۔ سب سے زیادہ ممیز آمارت وہ مدوجزری خریر ہے، جو انکماش و انبساط دونوں کو حاوی ہوتا ہے، اور اُس خریر سے مشابہ ہوتا ہے جو مفتوح قناۃ شریانی کی مثالوں میں سنا جاتا ہے۔ لیکن یہ نصف سے کم اصابتوں میں موجود ہوتا ہے۔

انذار۔ عضلۂ قلب کی حالت کا لحاظ کرنا ضروری ہے۔ تمام صدری انورسماؤں میں بشمول عدیدا انورسماؤں کے، زندگی کی اوسط مدت، ان کے شناخت ہونے کے بعد ڈیڑھ سال اور دو سال کے درمیان ہے۔ لیکن وسطی (median) مدت اس سے بہت کم ہوتی ہے یعنی ۱۲ مہینے۔ بالفاظ دیگر اکثر مریض ۱۲ مہینے کے اندر مر جاتے ہیں، اور اوسط مدت کو وہ مریض بڑھاتے ہیں کہ جن میں زندگی اطالت پذیر ہو جاتی ہے۔ اس بیان کا اطلاق مردوں اور عورتوں پر ہوتا ہے۔ واحد انورسموں کی صورت میں زندہ رہنے کی مدت، عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتی جاتی ہے، لیکن جب انورسمے عدید ہوں تو معاملہ اس کے برعکس ہوتا ہے (65)۔

علاج۔ سینہ کے انورسما کا علاج عموماً مندرجہ ذیل پر مشتمل ہوتا ہے:۔ (۱) آرام و سکون۔ (۲) تحدید غذا۔ (۳) دافعات ورد اور مسکنات کا استعمال۔ (۴) آیوڈائیڈ آف پوٹاسیئم۔ بعضوں کی رائے ہے کہ مریض کو بستر میں لیٹے ہوئے رہ کر کلی طور پر آرام لینا چاہیئے اور اُسے کسی وجہ سے بھی اُٹھ کر بیٹھنے یا کھڑے ہونے کی اجازت ہرگز نہ دی جائے۔ لیکن اس طریقۂ عمل کی خوبی نہایت مشتبہ ہے، بالخصوص اس لئے کہ بہت سی اصابتوں میں بالآخر عضلۂ قلب کے تغیرات موت کا باعث

ہوجاتے ہیں۔ تاہم نہایت زیادہ ورزش سے محترز رہنا بہت اہم ہے۔ ٹفنیل (Tufnell) نے، جو کلی آرام و سکون کا بڑا حامی تھا، ایسی غذا دینے کی سفارش کی جس میں روزانہ ۱۰ اونس جامدات (معہ ۳ اونس گوشت) اور ۸ اونس سیال تین وقت کے کھانوں میں تقسیم کرکے دئیے جاتے تھے۔ لیکن یہ غذا نہایت صبر آزما ہوتی ہے اور چند ہی مریض اسے لینے پر راضی ہوں گے۔ افیون یا مارفیا عموماً تخفیف درد، نیند لانے، یا بےچینی رفع کرنے کے لئے دیا جاتا ہے، لیکن دوسرے مسکنات بھی کارآمد ہوسکتے ہیں مثلاً برومائڈ آف پوٹاسیم، کلورل ہیراڈی ہائیڈ، یا سلفونل۔ بیلاڈونا کے الساقات، یاسردی، یا فصد کے ذریعہ تھوڑا سا خون نکالنے سے بھی درد میں تخفیف ہوسکتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ آیوڈائڈ آف پوٹاسیم انورسما میں ترویب خون پر خاص اثر رکھتا ہے، کیونکہ اس کے استعمال سے، باوجودیکہ غذا میں کوئی تحدید نہ کی گئی ہو، نبضان اور درد میں کمی ہوکر مریض کی حالت میں بہت اصلاح واقع ہوجاتی ہے۔ اسے بڑھتی ہوئی مقداروں میں روزانہ ۶۰، ۹۰، یا ۱۰۰ گرین تک دینا چاہئے۔ کولٹ (Colt) نے انورسما میں "تار داخل کرنے" کا ایک سادہ طریقہ ایجاد کیا ہے۔ جلد کو عدیم الحس کرنے کے بعد تاچہ میں ایک قنولیچہ اور ایک مبزل داخل کردیا جاتا ہے۔ اگر خون کا آزادانہ بہاؤ ہو تو ایک ظرف (container) میں تاروں کا ایک ملا ہوا سلسلہ قنولیچہ کی راہ سے داخل کیا جاتا ہے، اور تاچہ میں داخل ہونے کے بعد یہ تار ایک چھتری کی صورت میں کھل جاتے ہیں اور خون کی تجمید واقع کرتے ہیں۔ تھیوڈور ٹامسن (Theodore Thompson) نے نہایت ہی حیرت انگیز کامیابی کی اطلاع دی ہے، لیکن دو تین اصابتوں میں راقم الحروف نے یہ پایا ہے کہ نہایت ہی نمایاں طور پر تمدد پذیر نبضان کے باوجود تاچہ سے بالکل خون نہیں نکلتا۔

شکمی انورسما

امراضیات۔ اس کا معمولی محل وقوع ڈائفرام اور فوقانی ماساریقی شریان کے مبداء کے درمیان ہے، اور وہ اکثر محور شکمی (cœliac axis) کے مبداء کو ماؤف

کرتا ہے۔ دورانِ بالیدگی میں ممکن ہے کہ وہ متصلا اعضاء سے مداخلت کرے اور وریداجوف کو دبائے یا فقرات کو متاکل کرے۔ فوقانی ماساریقی کے یا جوفی شریانات کے انورسما نسبتاً کم عام ہوتے ہیں، اور یہاں اُن پر خاص طور پر غور نہیں کیا جائے گا۔

علامات حسب ذیل ہیں :- دَرد، ایک نابض سلعہ کی موجودگی جس پر خریر ہو، اور بعض اوقات دباؤ کی امارات۔ درد شکم کے اندر ہوتا ہے، اکثر شدید اور نوعیت میں دَوری یا وجع العصبی (neuralgic) ہوتا ہے، اور بُن ران یا پُشت کے اندر ہر طرف تشعع کر سکتا ہے۔ سلعہ، قدرتی طور پر، مقام ضرر کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے، وہ شرا سیفی خطہ میں، خط وسطی میں یا قدرے دائیں طرف کو ہوتا ہے۔ وہ گلوبچہ نما یا بیضوی، نابض اور تمدد پذیر ہوتا ہے، اور ڈائفرام کے حرکات سے بالکل متاثر نہیں ہوتا یا شاذ ہی متاثر ہوتا ہے۔ عموماً اس پر ایک انکماشی خریر سُنا جا سکتا ہے۔ سوائے دَرد کے دوسرے امارات عام نہیں، کیونکہ مختلف اعضا اس کے تقدم پر بآسانی ہٹ جاتے ہیں۔ اوسط عمر کہ جس میں مرض کا آغاز ہوتا ہے، مردوں میں ۴۶ سال ہے، اور انورسما کی مدت ۱۸ مہینے ہے، اور وسطی مدت ۱۲ مہینے۔ موت کا وقوع عموماً پس باریطونی بافت کے اندر، یا باریطون میں، یا کھوکھلے احشاء میں سے کسی ایک حشاء کے اندر تاچہ کے انشقاق سے ہوتا ہے۔

تشخیص۔ عورتوں میں شکم کا جس کرنے پر طبعی اُورطی کا نبضان نہایت عام طور پر محسوس ہوا کرتا ہے، بالخصوص اگر اُن کی دیوار شکم کے عضلات کمزور ہوں۔ ناتجربہ کار اسے اکثر غلطی سے شکمی انورسما سمجھ لیتے ہیں۔ شکمی انورسما کو اُورطی کے سامنے واقع ہونے والے سلعات سے بھی تمیز کرنا چاہئے، بالخصوص سرطان معدہ (carcinoma of the stomach) اور نسبتاً کم عام طور پر مراسرہ کے سرطان سے، جن میں تندرست اُورطی کا نبضان منتقل ہو جاتا ہے۔ اُورطی پر کے سلعات جانباً نہیں پھیلتے، اور اکثر شکل میں ناہموار یا گرہک دار ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں جب مریض کو آوندھا یا اُس کے ہاتھوں اور گھٹنوں کے بل اس طرح رکھا جاتا ہے کہ سلعہ اُورطی سے دور گر جاتا ہے، تو یہ نبضان موقوف ہو جاتا ہے۔ گہرا سانس لینے پر سرطان معدہ اپنی جگہ سے زیادہ ہٹ جاتا ہے اور انورسما اتنا نہیں ہٹتا۔

علاج۔ یہ انہی اصول پر ہونا چاہئے جو صدری انورسما کے عنوان کے تحت

310

بتائے گئے ہیں۔ لیکن بعض اوقات شکمی انورسما ایک ضاغط (tourniquet) کے ذریعہ
قربی یا بعدی انضغاط سے یا دوسرے جراحی ذرائع سے علاج پذیر ہوتا ہے۔ شکم شگافی کے
دوران میں کولٹ (Colt) کے تارہ داخل کئے جا سکتے ہیں۔

اورطی کا پیدائشی تضایق

(congenital coarctation of the aorta)

یہ حالت اس لئے شاذ ہے کہ اس کو شاذ طور پر تشخیص کیا جاتا ہے۔ اس میں
قناۃ شریانی کے ساتھ اتصال کے مقام پر اور بائیں زیر ترقوی شریان کے مبداء سے
ذرا آگے، اورطی کی ضیق یا کامل انطماس ہو جاتا ہے۔ اگر ایسا بچہ زندہ رہے تو اُس کے
دھڑ اور جوارح زیرین کے دوران خون کو اس طرح مدد ملتی ہے کہ ایک طرف تو زیر ترقوی
اور ابطی شرائین کی شاخوں کے درمیان اور دوسری طرف صدری شرائین (thoracic
arteries) اور شراسیفی شرائین کے درمیان تفمم ہو جاتا ہے۔ تفمم کرنے والی شرائین خون
کی مطلوبہ مقدار لے جانے کے لئے بہت زیادہ بڑی ہو جاتی ہیں، اور بڑی بڑی پیچدار
نابض عروق بنا دیتی ہیں، جو بالخصوص عظم الکتف کے ظہری کنارے کے ساتھ ساتھ اور اسکے
زاویہ پر نیز دیگر مقامات پر محسوس کی جا سکتی ہیں۔ فشار خون بلند اور قلب بیش پروردہ
ہوتا ہے اور یہ خون کو اس تنگ فتحہ کی راہ سے دھکیلتے ہیں اتساع نہیں ہوتا۔ لاشعاعیں
ضلعی کناروں پر متسع شریانی تفممات کے دباؤ سے پڑے ہوئے انخفاضات ظاہر کرتی ہیں۔ ممکن
ہے متسع پستانی شریانوں کی وجہ سے عظم القص کے جوانب میں انکماشی خریرات ہوں
ممکن ہے کہ شکمی اورطی اور حرقفی اور فخذی عروق نبضان سے معرا ہوں، یا اُن میں صرف
خفیف سا نبضان ہوتا ہو، جس کی وجہ یہ ہے کہ تنگ اورطی کی راہ سے اُن میں خون کے
پہنچنے تک خون کی رَو کا زور گھٹ جاتا ہے۔ عضدی اور فخذی شریانات میں فشار خون
کا مختلف ہونا ایک مفید تشخیصی نکتہ ہے۔ یہ ناممکن نہیں ہے کہ اس حالت میں رہتے
ہوئے سخت عضلی محنت کی زندگی بسر کی جائے۔ ناگہانی فشل قلب ہونے کا احتمال ہے
تشخیص، تمام نوجوان موضوعوں میں کہ جن میں مواظب بلند فشار خون ہو، فخذی
شریانات کو جس کرنے اور عظام الکتف کے گرد تفممات کو تلاش کرنے پر منحصر ہے (61)۔

مرضِ رینا ڈ

(RAYNAUD'S DISEASE)

یہ عارضہ، جسے پہلے پہل ریناڈ نے ۱۸۶۲ء میں جوارح کے مقامی اختناق اور تشاکل گنگرین کے نام سے بیان کیا نسبتاً چھوٹے شرائین، عموماً اصبعی شرائین کے ایک تشنجی مقامی انقباض کے باعث ہوتا ہے، جس کی وجہ سے ماؤف حصوں کے دوران کی تعویق یا ایقاف واقع ہوجاتا ہے۔ اب تک ریناڈ کے مرض کا سبب وعاحرکی تشنج ہی سمجھا گیا تھا، اور مشارکی زنجیر کے بعض حصوں کے استیصال سے اس مرض میں مختلف درجہ کی تخفیف حاصل ہوئی تھی۔ تیاساً ایا تشنج، معائی رکود سے ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے، جو تقریباً ہمیشہ موجود ہوتا ہے، اور آئین ہارن کے اثنا عشری انبوبہ (Einhorn's duodenal tube) سے آنتوں کی تغسیل کرنے سے علامات دور کئے جاسکتے ہیں۔ مزید برآں یہ کہ مزمن قبض کی شکایت رکھنے والے اشخاص اکثر ہاتھ پاؤں کے ٹھنڈے پڑجانے کی شکایت کرتے ہیں۔ لیکن اب تازہ مشاہدات کی بنا پر دعویٰ کیا جاتا ہے کہ شرائین بلاواسطہ ماؤف ہوجاتے ہیں، اور یہ کہ وعاحرکی نظام محض ایک ثانوی حیثیت سے حصہ لیتا ہے (16)، اگرچہ اس کے متعلق پھر شبہ کیا جاچکا ہے (70)۔

اسباب۔ یہ مردوں کی نسبت عورتوں میں بہت زیادہ اکثر الوقوع ہوتا ہے، اور ابتداءً عام طور پر پندرہ اور تیس سال کی عمر کے درمیان، حتیٰ کہ بچپن میں بھی دیکھا جاتا ہے۔ سردی اور جذباتی اختلال اس کے اسباب مہیجہ ہیں۔ بہت سے مریض نازک یا عدیم الدم، عصبی یا ہسٹریائی مزاج رکھنے والے ہوتے ہیں، لیکن بعض ایسے معلوم ہوتے ہیں گویا وقوعِ مرض سے پہلے تک اچھی صحت میں تھے۔ مرضِ ریناڈ کے ساتھ ہیموگلوبین بولیت (hæmoglobinuria)، التہابِ اعصابِ محیطی (peripheral neuritis)، اور مختلف جلدی تورمات، بالخصوص صلابتِ جلد (sclerodermia) یا صلابتِ انگشت (sclerodactylia) پائے گئے ہیں۔ آخر الذکر حالت میں انگلیوں کی جلد موٹی، چکنی اور چمکدار ہوجاتی اور بالآخر مُدبرل ہوجاتی ہے۔

311

علامات ۔ دوران حملہ میں، جو سردی یا جذبات کی وجہ سے یا خود بخود نمودار ہو سکتا ہے، ایک یا زائد انگلیاں سرد، سن اور دردناک ہو جاتی ہیں۔ ان کا رنگ یا تو سپید (مقامی عشیان) یا نیلگوں مائل سپید، بنفشی، سلیٹ کے رنگ کا، حتیٰ کہ سیاہ (مقامی اختناق) ہوتا ہے۔ جب انگلیاں نیلی ہوتی ہیں تو انھیں دبانے سے ایک سپید دھبہ پیدا ہو جاتا ہے، جو اپنا سابقہ نیلا رنگ صرف آہستہ آہستہ ہی پھر حاصل کرتا ہے۔ جارحہ کا متصلہ حصہ اکثر کسی قدر سوجا ہوا ہوتا ہے، اور اس سے اوپر تھوڑے فاصلہ تک جارحہ میں ایک کبود مزرقیت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ حالت چند منٹ سے لے کر کئی گھنٹوں تک قائم رہتی ہے۔ شفایابی کے ساتھ ساتھ جھنجھناہٹ اور جلن محسوس ہوتی ہے، اور کبودی بتدریج پہلے قرمزی اور بالآخر قدرتی گلابی رنگ میں بدل جاتی ہے۔ حملہ کی شدت کے دوران میں شریانی رسد تمام تر موقوف ہو جاتی ہے، چنانچہ نیلے رنگ کی کمی بیشی کا انحصار خون کی اس مقدار پر ہوتا ہے جو عروق شعریہ اور چھوٹی وریدوں میں باقی رہ جاتا ہے۔ مردہ انگلیاں (dead fingers) جو بہت سے طبعی اشخاص میں تکشف (مثلاً دیر تک نہانے) کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں اور بعض اوقات پالا لگھاؤ (frost-bite) کی حد تک پہنچ جاتی ہیں مرض رینا ڈ کی مثال نہیں ہیں۔

سخت ترین درجہ وہ حالت ہے جسے متشاکل گنگرین (symmetrical gangrene) کہتے ہیں۔ ایک ایسے حملہ کے دوران میں جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے، انگلیوں پر مصلی قیحی سیال سے بھرے ہوئے آبلے بن کر پھوٹ جاتے ہیں اور ان کے پھوٹنے کے بعد چھوٹے قرحے رہ جاتے ہیں، جو کبودی کے رفع ہو جانے کے بعد مندمل ہو جاتے ہیں۔ اس عمل کے مکرر ہونے پر ممکن ہے کہ ماؤف حصے پر بہت سے چھوٹے چھوٹے ندبات بن جائیں، اور انگلیاں ایک جھری دار تحکیا ہوا چمڑے کی جھلی جیسا منظر اختیار کر لیتی ہیں۔ ممکن ہے کہ جلد کے چھلکے اتر جائیں اور ناخن جھڑ جائیں۔ دوسری اصابتوں میں ہاتھ اور پاؤں کی انگلیاں، آبلوں یا انفیلٹ کے بنے بغیر سیاہ، جھری دار اور گنگرینی ہو جاتی ہیں، اور چند ہفتوں کے عرصہ میں جلد کی ایک اوپری تہ حتیٰ کہ زیادہ گہری بافتوں کا کچھ حصہ غشیشہ بن کر علیحدہ ہو جاتا ہے

ان شدید اصابتوں میں جو نمایاں ترین علامت موجود ہوتی ہے وہ دوری نوعیت کا شدید درد ہے، جو دوسرے جوارح میں بھی تشنج ہوجاتا ہے۔ نبض پتلی اور ضغطہ پذیر ہوسکتی ہے، لیکن ہمیشہ محسوس ہوتی ہے، اور مریض کی عام صحت حیرتناک طور پر کم متاثر ہوتی ہے۔ ہاتھوں کی انگلیوں کی طرح پاؤں کی انگلیاں بھی ماؤف ہوتی ہیں، اور کبھی کبھی اُن سے پہلے ہی ناک اور کان کبود ہوسکتے ہیں لیکن اکثر اُن کا اغتشاش نہیں ہوتا۔ یہ حیرت انگیز ہے کہ جب قروح مندمل ہوجاتے ہیں تو بہت کم اندابات باقی رہ جاتا ہے۔

اس کے حملے ہفتوں یا مہینوں کے وقفوں سے ہوتے ہیں، اور بعض اصابتوں میں خفیف مکرر حملوں کے بعد انگلیاں ایک مستقلاً سُن اور جھُرّی دار حالت میں رہ جاتی ہیں۔

تشخیص۔ شیخوخی گنگرین کی شناخت ان امور سے ہوتی ہے :۔ مریض کی عمر، نیز اس میں گنگرین ایک ہی جارحہ، اور عموماً جارحہ زیریں کو ماؤف کرتی ہے، اس کا ممر ترقی پذیر ہوتا ہے، اور جارحہ کی شریان کی حالت مرض زدہ ہوتی ہے۔ خصوصاً (chilblains) مقامی اختناق سے کسیقدر مشابہت ظاہر کرتی ہے، اور ممکن ہے کہ اس کی امراضیات بھی مماثل ہو۔ اس کا وقوع سردی کے واضح تکشف سے ہوتا ہے۔

انذار۔ یہ مرض مہلک نہیں ہوتا، اور علاج سے بہت فائدہ حاصل ہوسکتا ہے۔

مرض رینالڈ کا کارگر علاج یہ ہے کہ آنتوں کو مقررہ وقفوں پر، جسمانی تپش والے عقیم مالح کے ۵ء۰ فی صدی محلول کے ۲ تا ۴ پائنٹ سے، ایک اثنا عشری انبوبہ کے ذریعہ سے دھارا جائے، جس سے غرض یہ ہے کہ غذائی قنال کے مافیہا کو دھو کر خارج کردیا جائے۔ متبادلاً ہر صبح کو اسی محلول کے ۱ تا ۲ پائنٹ پی لئے جائیں۔ (پریگ کے) ٹامی نیک (Tominek) نے طبعی مالح کے اندر ریڈیئم کے نوحہ کے دروں وریدی اشرابات کی سفارش کی ہے۔ مقامی تدابیر یہ ہیں :۔ ہاتھ پاؤں کو گرم رکھا جائے۔ قرکُ جومائیاتی طریقوں (hydrological methods) جیسے کہ متبادل

گرم اور سرد نطولات، کے ساتھ ممزوج کی جاسکتی ہیں۔ بلند تواتر رو (high frequency) اور برقی حرارت رسانی (diathermy)۔ مفید ترین ادویہ آیوڈین اور درقیہ ہیں۔ موسم سرما میں مریض کو گرم آب و ہوا میں منتقل کر دینا مناسب ہو سکتا ہے۔

التہاب الورید

(PHLEBITIS)

وریدوں کے التہاب یا التہاب الورید کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دیواریں دبیز ہو جاتی ہیں اور ان میں خون کے سپید خلیوں کی دررریزش واقع ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ اس کثرت کے ساتھ ہو کہ طبقوں کا حقیقی تقیح پیدا ہو جائے۔ ورید کے بطانہ اور ظہارہ کا التہاب ظاہر کرنے کے لئے علی الترتیب دروں وریدی التہاب (endophlebitis) اور گرد وریدی التہاب (periphlebitis) کی اصطلاحیں استعمال کی گئی ہیں۔ گرد وریدی التہاب، ورید کے باہر کسی التہابی مرکز کے تماس سے، یا تقضر کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ دروں وریدی التہاب زیادہ اکثر خود ورید کے اندر خون کی علقیت یا ترویب کے نتیجہ کے طور پر شروع ہو جاتا ہے۔ یہ علقیت یا ترویب مختلف اسباب سے واقع ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو علقیت)۔ ممکن ہے کہ تھکا ورید کی دیوار سے چپکا رہے، اور ساتھ ہی اس کا تعضیہ واقع ہو کر ورید بالکل مطموس ہو جائے۔ یا اس کے برعکس ممکن ہے کہ تھکے کے اندر راستہ بن کر اس کے اندر سے دوران خون پھر قائم ہو جائے۔ دوسری اصابتوں میں وہ نرم ہو کر ایک ریم نما مایع بن جاتا ہے۔ گرد وریدی التہاب اندر پھیل کر خود علقیت پیدا کر سکتا ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ورید کے گرد کی بافت میں پھوڑے بن جائیں۔ مہاجر علقی وریدی التہاب (thrombophlebitis migrans) ایک حالت ہے جو کہ حالیہ سالوں میں زیادہ کثرت سے تشخیص کی گئی ہے۔ اس میں جسم کے مختلف حصوں کی اور احشاء کی وریدوں پر حملہ ہوتا ہے۔ غالباً ضررات کسی عفونی مرکز سے پیدا ہوتے ہیں۔ (ادب کے لئے ملاحظہ ہو 64)۔

312

علامات۔ التہاب الورید میں ماؤف عرق کے ممر میں درد اور ایلمیت ہوتی ہے اور اگر کسی اوپری ورید کا التہاب ہو تو سطح پر بھی کچھ سرخی پیدا ہو جاتی ہے۔ ورید ایک بھری ہوئی سخت رسی کی طرح محسوس کی جا سکتی ہے اور اس مقامی مرض کے ساتھ کسی قدر عمومی ردِ عمل بھی موجود ہوتا ہے۔ گرد و پیش کی بافت کے سخت ہو جانے، جلد کی سرخی اور اذیما، اور بالآخر تموّج سے پھوڑوں کی تکوین ثابت ہوتی ہے۔ علقہ کے ٹوٹنے پھوٹنے اور اس کے ذرات کے منتقل ہونے کے ثانوی نتائج بعد میں بیان کئے گئے ہیں۔

علاج۔ التہاب الورید کا علاج یہ ہے کہ ماؤف حصہ کو کلی آرام دیا جائے، درد میں کمی کرنے کے لئے گرم تکمیدات استعمال کریں یا گلیسرین اور بیلاڈونا لگائیں، اور اگر ضرورت ہو تو اسی غرض کے لئے افیون کے مرکبات بھی استعمال کریں۔ علقہ کے ٹوٹ کر جدا ہو جانے کا خطرہ ہمیشہ پیش نظر رکھنا چاہیے (ملاحظہ ہو علقیت اور سدادیت)۔ اگر پھوڑے بن جائیں تو شگاف کے ذریعہ سے پیپ کو نکالنے کی ضرورت ہو گی۔

علقیت اور سدادیت

(THROMBOSIS AND EMBOLISM)

علقیت کی اصطلاح کا اطلاق خون کی اس ترویب پر کیا جاتا ہے جو زندہ عروق کے اندر (خواہ شرائین میں، خواہ وریدوں میں) یا قلب کے کھنوں میں واقع ہوتی ہے۔ اور خود تھکّے کو علقہ کہتے ہیں۔

سدادیت سے مراد تھکّے کے کسی حصے کا یا کسی دوسری شئے (سلعات کے ذرات، طفیلیات، شحمی گلوبیول) کا دوران خون کے ایک حصّے سے دوسرے حصے میں منتقل ہونا اور پھر ایسے عرق میں پہنچنا جو اس کے آگے بڑھنے کے لئے بہت زیادہ تنگ ہو اور وہاں مغروز ہو جانا ہے۔ سدادیت کا وقوع نظامی دوران خون کے محیط کو جانے والی شرائین میں، نظامی وریدوں اور پھیپھڑوں کو جانے والی ریوی شریان میں، نیز جگر کو جانے والی بابی ورید میں ہو سکتا ہے۔ منتقل شدہ ذرّے کو سداد کہتے ہیں۔

فائبرین کی تکوین کی اُن حالتوں کے علاوہ جو عموماً ترویب پیدا کر دیتی ہیں، علقیت کی پیدایش میں دو اور اہم عوامل کارفرما ہوتے ہیں جو یہ ہیں :- (۱) خون کی رو کی غیر معمولی سست رفتاری، خواہ گھٹی ہوئی قلبی قوت کی وجہ سے، یا عرق میں مقامی تسدد کی وجہ سے، یا خون کی لزوجیت کی زیادتی کی وجہ سے، اور (۲) متعلقہ عرق یا کہفہ کی استری جھلی کا کوئی ضرر یا اس پر کوئی بے قاعدگی۔ لیکن اس کا اعتراف ضروری ہے کہ اکثر اوقات ساری عوارض (جن میں خرد عضویات یا سمیات کا حصہ ہو سکتا ہے) اور صحت کی وہ حالتیں جو نفرس میں اور نفاسی حالت (puerperal state) میں موجود ہوتی ہیں، علقیت کے ساتھ نہایت قریبی تعلق رکھتی ہیں۔

چنانچہ ہم دیکھتے ہیں کہ قلب میں خون کی ترویب اس کے ملتہب مصراعوں پر ہوتی ہے، یا اس کے کہفول کے اندر ہوتی ہے جب کہ یہ متمدد ہوں یا انتہائی کمزوری کے ساتھ منقبض ہوتے ہوں۔ عروق میں اس کی ترویب اس وقت ہو جاتی ہے جب کہ ان کی دیواریں متفرر ہوں، یا جب وہ عفونی یا گنگرینی اعمال سے متاثر ہوں۔ شرائین میں ترویب بالخصوص اس وقت ہوتی ہے جب کہ اُن کی دیواروں میں آتشکی یا اتحیہ مائی ضربات ہوں، یا وہ انورسمائی اتساعات میں مبتلا ہوں۔ وریدوں میں ترویب اسوقت ہوتی ہے جب کہ دباؤ کی وجہ سے اُن کے خون کی رَو سست پڑ جائے، یا جب کہ مختلف ساری ضعفی اور عدم دمویتی عوارض کے موضوعوں میں خفیف ترین مقامی اختلال موجود ہو۔ اِس عمل میں پہلا قدم اکثر یہ معلوم ہوتا ہے کہ مقام معین پر صُحیفات دمویہ کا اجتماع ہوتا ہے، اور اداں بعد سپید خلیے مجتمع ہو جاتے ہیں یا فائبرین بنتی ہے۔ ایک عرق کے اندر خون کی ترویب کا اثر قدرتی طور پر یہ ہوتا ہے کہ اس میں ایک تسدد پیدا ہو جاتا ہے، اور اس لحاظ سے کہ یہ ترویب شریان کے اندر ہے یا ورید میں اس تسدد کے اثرات جُداگانہ ہوں گے۔ جب رُوبہ ایک بار بن جاتا ہے تو اس کے اوپر اور نیچے دوران کرنے والے خون سے فائبرین کے مزید جماؤ حاصل ہوتے رہتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ علقہ نسبتہً بڑے اور زیادہ بڑے عروق میں پھیلتا جاتا ہے۔ جب روبہ پہلے پہل بنتا ہے تو وہ نرم ہوتا ہے اور وریدوں کو بھر دیتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد وہ سکڑ جائے اور اسطح دورانِ خون کو از سرِ نو جاری ہونے دے۔ لیکن رُوبہ کا اختتام ہمیشہ ایسا موافق نہیں ہوتا۔

313

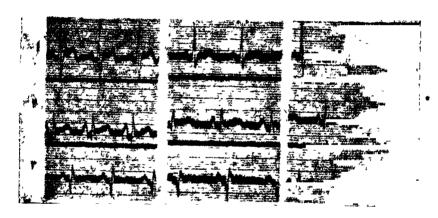
علقہ عموماً کسی قدر دروں شریانی التہاب (endarteritis) یا دروں وریدی التہاب (endophlebitis) پیدا کر دیتا ہے، عرق کی دیوار کے ساتھ اُس کا انضمام واقع ہو جاتا ہے، اور بالآخر اس تھکے کا تعضیہ واقع ہو کر عرق کا مجری مستقل طور پر مطموس ہو جاتا ہے۔
دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ عفونی خرد عضویے روبہ کو توڑ پھوڑ کر ایک ریم نمایاں بنا دیں، جس میں جسماتِ ریم، خرد بقیات اور باریک ذراتی ریزے ہوتے ہیں۔ قلب اور وریدوں میں علقیت ہونے کا ایک اہم نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ روبہ سے ریزے ٹوٹ کر دورانِ خون کے دوسرے حصوں میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ پھر وہ سداد بن جاتے ہیں، جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے۔ نتائج ابتدائی علقہ کے مقام و قوع اور اُس کی نوعیت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ وریدی علقوں سے جو ٹکڑے جدا ہوتے ہیں وہ خون کی رَو کے ذریعہ سے دائیں اُذین میں، اور وہاں سے دائیں بطین میں، اور شریان ریوی میں پہنچ جاتے ہیں اور اپنی جسامت کے لحاظ سے، وہ اس شریان کو یا تو بالکل اس کی ابتدا میں یا جرم شش کے اندر مسدود کر دیتے ہیں۔ قلب کے دائیں جانب میں کے علقات بھی اسی طرح شریان ریوی کی سدادیت پیدا کر دیں گے۔ لیکن اورطی یا مطرانی مصراعات پر کے، یا دائیں اُذین کے اندر کے علقات، دماغ، طحال، گردوں یا جوارح میں یا اور کسی مقام پر نظامی شرائین کی سدادیت پیدا کر دیں گے۔

اگر سدادیت کے بعد جانب دورانِ خون فی الفور نہ قائم ہو جائے تو اُس کا نتیجہ مسدود عرق کے رقبہ کے اندر کی بافت کی موت ہے۔ بافت کے اس طرح متاثر شدہ حصّے کو مفعمہ (infarct) کہتے ہیں۔ بعض اعضاء مثلاً جگر میں عروق کا تفمم اتنا کامل ہوتا ہے کہ وہاں مفعمات کبھی نہیں بنتے۔ لیکن دوسرے اعضاء میں، گو وہاں کچھ تفممات موجود ہوتے ہیں، تاہم وہ ایک حصے کے تغذیہ کے لئے کافی نہیں ہوتے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب ایک شریان مسدود ہو جاتی ہے (جو اس مثال میں معلوم ہے کہ وظیفی منتہائی شریان ہے) تو ایک مفعمہ بن جاتا ہے۔ وہ ٹھوس اعضاء میں عموماً مخروطی شکل کا ہوتا ہے، لہذا تراشش قطع کرنے پر وہ مثلثی یا فانہ شکل ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ بعد الممات دیکھا جاتا ہے، وہ سخت یا نرم ہوتا ہے، اور رنگ میں سپید یا زردی مائل سپید (سپید مفعمہ = white infarct) یا سیاہی مائل سرخ ہوتا ہے

(نزفی یا سرخ مفعمہ = haemorrhagic or red infarct)۔ سپید مفعمہ جو عموماً
گردے اور قلب میں پایا جاتا ہے، اس میں جو تغیر واقع ہوتا ہے وہ ترویبی تنخر ہے۔
بافت اپنی دموی رسد سے معرّا ہو کر گرد و پیش کی زندہ بافت کا لمف اس میں نفوذ کر جاتا
ہے اور اسی میں ترویبی تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ اس کے گرداگرد بیش دمویت اور نزف
کا ایک تنگ منطقہ پایا جاتا ہے۔ اگر ترویب پذیر مادہ کافی ہو تو مفعمہ سخت ہوتا ہے،
جیسا کہ گردے اور طحال میں دیکھا جاتا ہے۔ اگر وہ نسبتاً کم وافر ہو تو مفعمہ نسبتاً نرم ہوتا ہے
جیسے کہ دماغ میں۔ نزفی مفعمہ میں بھی ابتدائی عمل ترویبی تنخر کا ہوتا ہے، لیکن اس میں
کم و بیش کامل نزف کا اضافہ ہو جاتا ہے، جو سرخ جسیمات کے پار جست (diapedesis)
کے ذریعہ سے ہوتا ہے یا تو اس وجہ سے کہ (۱) خاص شریانی شاخ کی مسدودی کے بعد شریانی
تفممات تنخری رقبہ کے اندر دوران خون بحال ہونے دینے کے لئے کافی ہوتے ہیں، یا اس وجہ
سے کہ (۲) جیسا کہ شش اور آنت میں ہوتا ہے جہاں مفعمات ہمیشہ نزفی ہوتے ہیں،
ہوا کی موجودگی کے باعث شعری دیواریں بے سہارا ہوتی ہیں، اور جب قلتِ تغذیہ
کی وجہ سے اُن کی استری جبلی کے خلیات مردہ ہو جاتے ہیں، تو خون اُن میں سے رِس نکلتا
ہے۔ امتداد زمانہ کے ساتھ جب دموی لون جذب ہو جاتے ہیں تو سرخ مفعمات سپید
ہو جاتے ہیں۔ گردہ، قلب اور شبکیہ کے مفعمات عموماً سپید قسم کے ہوتے ہیں۔ طحال
اور دماغ کے مفعمات یا تو سپید یا سرخ ہو سکتے ہیں۔ اگرچہ مفعمات ابتدائی درجوں میں
اکثر کسیقدر متورم اور بافتوں کی سطح پر اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں، تاہم بالآخر اگر وہ عفونی
نہوں تو وہ سکڑ کر منقبض ہو جاتے ہیں، جیسا کہ بالخصوص گردوں میں دیکھا جاتا ہے۔
عناصر میں شحمی انحطاط واقع ہو کر ان کی جگہ اتصالی بافت لے لیتی ہے۔ اگر سدادہ کسی متقیح
علقہ سے آئے، یا خبیث التہاب درونِ قلبیہ (malignant endocarditis) سے حاصل
ہو تو ممکن ہے کہ اس کے مشمولہ عضویے مفعمات میں عفونی اعمال پیدا کر دیں۔ یہ مرکز میں
ریمی ہو کر پھوڑے بنا دیتے ہیں، جیسے کہ تقیح الدم میں شش کے اندر، یا کبھی کبھی خبیث
التہاب درونِ قلبیہ میں دماغ اور گردے میں ہوا کرتے ہیں۔ عفونی سدادات شریانی
دیوار میں سرایت پیدا کر کے بعض اوقات انغرانس کے مقام پر شریان کی کمزوری اور
اتساع پیدا کر دیتے، اور اس طرح سدادی انورسما (embolic aneurysm) پیدا

کردیتے ہیں ۔ اگر کسی محیطی حصے (پاؤں، ٹانگ، یا ہاتھ) کی خاص عرق مسدود ہوجائے، اور اُسے گردوپیش کی کوئی زندہ یافت تروییب پذیر راقے کی رسدنہ پہنچاسکے تو اس کا نتیجہ ترویبی تنخر نہیں ہوتا بلکہ گنگرین ہوتا ہے۔

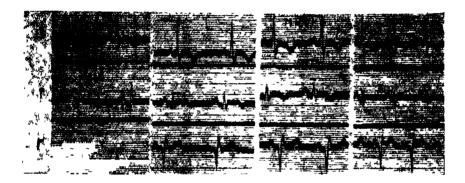
علقیت اور سدادیت کی مندرجۂ ذیل شکلیں وہ ہیں جو عموماً شناخت کی جاتی ہے :-

اکلیلی علقیت (coronary thrombosis)، جو قلب کا وقف الدمی تنخر پیدا کردے۔ ممکن ہے کہ یہ ایک اوّلی علقیت ہو یا سدادیت کے باعث ہو۔ مریض عموماً

شکل ۴۲ ۔ برقی قلبی ترسیمی تغیرات اکلیلی علقیت کے (الف) ایک دن، (ب) تین دن، اور (ج) سات دن بعد، جن سے پہلی تقویۂ ب (اور کسیقدر کمی کے ساتھ دوسری تقویۂ میں) ن ۔ موج کا بتدریج غائب ہونا اور (الف) میں ہم برقی فاصلہ (iso-electric interval) یعنے مر اور ن موجوں کے درمیان کے معمولی افقی خط کی غیر موجودگی ظاہر ہوتی ہے ۔

ادھیڑ عمر سے زیادہ کا ہوتا ہے ۔ بلا کسی ظاہری سبب کے وہ یکایک سینہ یا شراسیف میں نہایت شدید درد محسوس کرتا ہے، جو ذبحۂ صدریہ (angina pectoris) کی طرح محیط کے طرف تشعع کرتا ہے ۔ ممکن ہے کہ یہ مسلسل چند گھنٹوں تک جاری رہے اور اُسے بےچین کردے۔ اس کو تشویش ہوتی ہے، اس کا رنگ شاحب اور کسی قدر ازرق ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی

ٹھنڈا پسینہ آتا ہے۔ نبض کمزور اور بعض اوقات غیر منظم ہوتی ہے اور خون کا دباؤ کم ہو جاتا ہے۔ پھر ضروری التوجہ ہوتا ہے اور بعد میں ممکن ہے کہ چین اسٹوکس کا تنفس ہو جائے۔ کسیقدر تپ اور سپید خلیوں کی کثرت، اور اکثر متلی اور قئے ہوتی ہے۔ تاموری فرک گو یہ ہمیشہ موجود نہیں ہوتا ہے، تاہم تشخیص کی قطعی طور پر تصدیق کر دیتا ہے۔ برقی قلبی ترسیم میں نہایت مستمر تغیرات یہ ہوتے ہیں کہ ایک منعکس ن موج ہوتی ہے اور ر-ن فاصلہ میں تغیرات واقع ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل ۴۲)۔ اس درد میں نہ تو اَمائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) سے تخفیف ہوتی ہے، نہ ہمیشہ ½ گرین مارفیا تک کے استعمال سے اول الذکر

315

شکل ۴۳۔ برقی قلبی ترسیمی تغیرات اُسی مریض سے، اکلیلی علقیت کے وقوع کے دو، چار، آٹھ اور بارہ ہفتوں کے بعد، جن سے ظاہر ہے کہ تقوید ا اور ۲ میں ن موج منعکس ہو کر طبعی حالت کی طرف عود کر رہی ہے۔ (دوسری اصابتوں میں ایسے ہی تغیرات صرف تقوید ۲ اور ۳ میں ہوں گے) (جے۔ ایم۔ ایچ۔ کیامبل)۔

کو اس وجہ سے نہیں دینا چاہئے کہ وہ قلب پر مہیج اثر رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ بعد میں پھیپھڑوں کے اُذیما کے ساتھ امتلائی فشلِ قلب واقع ہو جائے۔ اگرچہ یہ ایک تمثیلی سرگذشت ہے، تاہم اس امر پر زور دینا ضروری ہے کہ اس مرض کا سلسلۂ علامات مستمر نہیں۔ ممکن ہے کہ حملہ غشی کے ساتھ شروع ہو جائے۔ ممکن ہے درد نہ ہو۔ ممکن ہے کہ ناگہانی موت واقع ہو جائے۔ عموماً دروں قلبہ پر انصرام یافتہ رقبہ سے اندر کی جانب ترویب خون واقع ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ ٹوٹ کر جدا ہو جائے اور کسی دوسری جگہ سدادیت پیدا کر دے (35)۔

ممکن ہے کہ مریض اُس وقت ذبحۂ صدریہ میں مبتلا ہو اہے یا نہیں ہوا، اور اگر وہ شفایاب ہوجائے تو ممکن ہے کہ بعد میں ذبحہ میں مبتلا ہونا شروع کردے، جس کی وجہ قیاساً یہ ہے کہ قلب کے جو ریشے تندرست باقی رہ جاتے ہیں اُن پر زائد از معمول کام کا بار پڑتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض گھنٹوں، دنوں، بلکہ سالہا سال تک زندہ رہے اور فاعلی کام کرنے کے قابل رہے۔ جان ہنٹر (Jhon Hunter) جسے غالباً پینتالیس سال کی عمر میں اکلیلی علقیت ہوگئی تھی، بیس سال تک زندہ رہا (36)۔ فوری کلی آرام و سکون اور آکسیجن اس کا علاج ہے۔ آکسیجن کا خیمہ بہت کامیاب ہے، اور اس سے درد کو تسکین ہوسکتی ہے۔ ذبحہ اور اس میں تفریقی تشخیص پر بحث کی جاچکی ہے۔

فخذی علقیت (femoral thrombosis) فخذی ورید کی علقیت

سلِ ریوی کے آخری درجوں، سرطان، اور دوسرے خستہ کن امراض میں، تپ محرقہ اور انفلوئنزا کے بعد کی نقیہیت میں، اور زچگی کے بعد (سپید پائی۔ "white leg") پیدا ہوجاتی ہے۔ ٹانگ متورم ہوجاتی ہے، اور ورید کا مسدود ہونا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کے ساتھ موجود رہنے والے التہاب الورید کی وجہ سے عموماً کیقدر الیمیت بھی ہوتی ہے۔ گاہ بگاہ یہ حادثہ بھی ہوتا ہے کہ تھکے کا ایک حصہ ٹوٹ کر ریوی شریان کی کسی بڑی شاخ میں مغروز ہوجاتا ہے، جس سے موت دفعتہً واقع ہوجاتی ہے۔ تپوں کے بعد کی نقیہیت کے دوران میں جوارح میں وقوع علقیت کو روکنے کے لئے مریض کی نقل و حرکت کو بہ احتیاط منظم کرنا چاہیئے۔ اُس کو اس طرح سے لیٹنے کی اجازت نہ دی جائے کہ جس میں وریدیں دَب جاتی ہوں۔ نرم تکیوں سے سہارا حاصل کیا جاسکتا ہے۔

وداجی علقیت، اور جانبی جوف (lateral sinus) کی علقیت،

اندرونی گوش، یا حلمیہ (mastoid) کے خلیوں کے مرض سے پیدا ہوجاتی ہے۔ بیرونی گوش کے تماس کی وجہ سے عفونی عضویے اکثر موجود ہوتے ہیں، شدید التہاب الورید شروع ہوجاتا ہے، اور تھکا عفونی ہوجاتا ہے۔ پھر ذرات قلب کے دائیں جانب کے راستہ سے ہو کر پھیپھڑوں میں پہنچ جاتے ہیں، جن میں تقیح الدمی خراجات بن جاتے ہیں۔ بعض اوقات زیادہ عام حالتوں، مثلاً شیر خواروں کے ضمور (marasmus) اور

بالغوں کی اخضریت (chlorosis) اور عدم دموبت کی وجہ سے دوسرے دماغی جوفوں (طولی اور کہفکی) میں بھی علقیت واقع ہوجاتی ہے۔

حوضی (pelvic) وریدوں کی علقیت عورتوں میں حوضی احشاء کے مرض کی وجہ سے اور دونوں صنفوں میں سوزاک کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے۔ (نیز ملاحظہ ہو مہاجر علقی وریدی التہاب)۔

تحتانی وریدا جوف کی علقیت میں یہ لازمی نہیں کہ زندگی ضائع ہوجائے۔ ایک مریض میں، جو پچیس برس تک زندہ رہا، کبدی وریدوں کے مدخل کے نیچے سے وریدیں متغیر ہوکر ایک غیر نفوذ پذیر فیتہ بن گئی تھیں۔ گردوں سے خون کی واپسی کیسہ کے راستے سے اور قطنی اور مجرد (azygos) وریدوں کے راستہ سے ہوتی تھی۔ ہمیشہ پاؤں اور دیوار شکم کی وریدوں میں بڑی دوالیت موجود ہوتی ہے، اور ساتھ ہی علقی التہاب الورید (thrombo-phlebitis)، بواسیر (hæmorrhoids) اور دوالی بنا قروح کا رجحان موجود ہوتا ہے۔ سرایت، ضربہ اور مرض خبیث اسباب ہیں (87)۔

بعض اوقات قلب کے اندر موت سے ذرا پہلے، جب کہ دوران خون میں فشل واقع ہورہا ہو، اور اتساع کی حالتوں میں قلب کی دیواروں کے گوشوں میں بڑے تھکے بن جاتے ہیں۔ یہ اس عضو کے فعل میں مداخلت کرکے سرعت سے موت واقع کردیتے ہیں۔ یا ممکن ہے کہ یہ ریوی یا نظامی دوران خون کو سدادات بہم پہنچادیں۔

دماغی شرائین کی سدادیت اور علقیت کا بیان امراض دماغ کے تحت درج کیا گیا ہے۔

کسی جارحہ کی بڑی شریان کی سدادیت زیادہ عام واقعہ نہیں۔ وہ ناگہانی حاد درد پیدا کردیتی ہے، جس کے بعد ماؤف جارحہ سُن، سرد، اور بے طاقت ہوجاتا ہے۔ سدادیت کے مقام سے نیچے نبض غیر محسوس ہوتی ہے، اور جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، نتیجہ یہ ہوسکتا ہے کہ گنگرین ہوجائے۔ طحال اور گردوں میں سدادیت کا وقوع چنداں عام طور پر شناخت نہیں ہوتا۔ بعض اوقات طحال کی سدادیت کی وجہ سے بائیں پہلو میں تیز درد ہوتا ہے۔ گردے کی سدادیت سے دم بولیت اور اکثر اوقات البیومن بولیت بھی پیدا ہوجاتی ہے، اور خبیث التہاب درون قلب میں

اکثر مرکزی سدادی التہاب الکلیہ (focal embolic nephritis) کی حالت موجود ہوتی ہے۔ ماساریقی (mesenteric) شریان کی سدادیت کی اصابتیں اتنی پہلی ہیں جن میں مریض شدید درد شکم اور تمدد میں مبتلا ہوگیا اور اس کے بعد ایک یا دو دنوں میں ہبوط اور موت واقع ہوگئی۔ اور آنت اور باریطونی کہفہ کے اندر خون پایا گیا ہے۔ اس ورید کی علقیت کے نتائج بھی بہت مماثل ہوسکتے ہیں لیکن اس کے علامات زیادہ تدریجاً نمویاب ہوتے ہیں۔

جگر کے عروق کی سدادیت اور علقیت کے اثرات التہاب ورید الباب (pylephlebitis) کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ ریوی سدادیت اور علقیت اور انفصام اور شحمی سدادیت (fat embolism) کا بیان صفحہ 177 پر درج کیا گیا ہے۔

نوبالید کے ذرات کی سدادیت حصص بعیدہ میں تازہ بالیدیں پیدا کر دیتی ہے۔

علاج۔ سدادیت کے درد میں مقامی دافع درد دوا دویہ لگانے سے آرام ہوسکتا ہے۔ اگر کسی جارحہ کی بڑی شریان مسدود ہوگئی ہو تو اس جارحہ کو نرم روئی کے گالے میں یا مرغن نسالہ (oiled lint) میں لپیٹ دینا چاہئے۔ سدادبراری (embolectomy) پہلے چند گھنٹوں میں انجام دی جاسکتی ہے یا تھکے کو دست ورزی کے ذریعہ ایک خردتر شریانی شاخ میں دھکیلا جاسکتا ہے۔

عرقی عصبانی اُذیما

(ANGEIO-NEUROTIC ŒDEMA)

یہ عارضہ بہ ظاہر وعاحرکی آلہ سے متعلق ہے اور شری (urticaria) سے بہت ملتا جلتا ہے۔ لیکن اس کے ضررات نسبتہً بڑے ہوتے ہیں۔ جسم کے مختلف حصوں مثلاً چہرہ، ہونٹوں، ہاتھ یا پاؤں، حلق یا زبان پر محدود المقام اورام نمودار ہوجاتے ہیں۔ یہ التہابی نہیں ہوتے اور نہ ان کا انحصار جاذبہ (gravity) پر ہوتا ہے۔ ان میں درد نہیں ہوتا، لیکن ممکن ہے کہ جلن، چبھن اور خارش ہو۔ یہ دفعتہً نمودار ہوکر دو سے چھ یا زائد گھنٹوں تک قائم رہتے ہیں، اور بار بار بلکہ روزانہ پیدا ہوجاتے ہیں۔ جلد کے اوپر ہوں

تو یہ بے ضرر ہوتے ہیں، لیکن اکثر اوقات حنجرہ کا اُذیما مہلک ثابت ہوا ہے۔ معدی معائی علامات، مثلاً قولنج، متلی اور قے، عموماً موجود ہوتے ہیں، اور معدی یا معائی غشائے مخاطی کے حاد اُذیما کی طرف منسوب کئے جا سکتے ہیں۔ یہ مرض اکثر موروثی ہوتا ہے، اور ایک ہی خاندان کے ارکین میں دو یا تین پشتوں میں واقع ہوا کرتا ہے۔ دمہ کی طرح یہ بھی ایک حساسیتی (allergic) مرض ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 138)، اور ایک غریب پروٹین کی حساسیت پیدا ہونے کی وجہ سے ہو جاتا ہے۔

علاج یہ ہے کہ اُس خاص پروٹین کو، جس کی حساسیت مریض میں پیدا ہو گئی ہے، دریافت کر کے اُس سے احتراز کیا جائے۔ عفونی مراکز کا استیصال کرنا چاہئے۔ چند مریضوں میں کونین، نائٹروگلیسرین اور خلاصہ درقی سے آرام حاصل ہوا ہے۔ ممکن ہے کہ حنجری اُذیما کے لئے ادخال اُنبوبہ یا قصبہ شگافی کی ضرورت پڑے۔

ملرائے (Milroy) کا مرض۔ یہ دونوں ٹانگوں کا مزمن تہیج ہے، جو اکثر خاندانی مبدا رکھا ہوتا ہے، اور اس میں جلد اور زیر جلدی بافتوں کی بیش تکوین کا رجحان ہوتا ہے، جس کا منبع نامعلوم ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

1	Y. Henderson and Johnson	1912	*Heart*, 4, p. 69.
2	H. Sahli	1920	*Schweiz. Med. Wochenschr.*
3	H. Shali	1923	*Wien, Arch. f. inn. Med.*, 6, p. 515.
	H. Shali	1923	*Ergeb. d. inn. Med. u. Kindhkde.*, 24, p. 73.
4	MacIlwain and Campbell	1923	*Brit. Med. Journ.* ii., p. 456.
5	E. P. Poulton and H. M. Stewart	1918	*Lancet*, ii., p. 738.
6	Parkinson and Bain	1924	*Lancet*, ii., p. 311.
7	Poulton and Dowling	1921	*Guy's Hosp. Rep.*, 71, p. 253.

8 { C. Dukes — 1921 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 987.
  { Coney . 1922 *Lancet*, ii., p. 863.

9 J. Parkinson and M. Campbell — 1930 *Quart. Journ. Med.*, 24, p. 67.

10 J. M. H. Campbell and E. P. Poulton — 1928 Quoted in *Lancet*, ii., p. 1281.

11 Emanuel — 1923 *Lancet*, i., p. 591.

12 Lewis, Ryffel, Wolf, Cotton & Barcroft — 1913 *Heart*, 5. p. 45.

13 J. A. Calhoun and W. G. Harrison — 1934 *Arch. Int. Med.*, 53, p. 911.

14 Campbell Hunt and Poulton — 1923 *Journ. Path. & Bact.*, 26, p. 234.

15 T. Wardrop Griffith — 1901 *Brit. Med. Journ.*, Feb. 2.

16 T. Lewis — 1929 *Heart*, 15, p. 7.

17 W. E. Dixon — 1929 Communication to Assoc. Phys., Cambridge.

317 18 T. Wardrop Griffith . 1903 *Edin. Med. Journ.*, p. 105.

19 Carey Coombs . 1923 *Quart. Journ. Med.*, 16, p. 309.

20 R. T. Grant . 1931-3 *Heart*, 16, p. 275.

21 Newburgh — 1915 *Amer. Journ. Med. Sci.*, May.

22 C. G. Lambie — 1926 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 80.

23 Sir W. Osler — 1908-9 *Quart. Journ. Med.*, 2, p. 219.

24 Sir T. J. Horder — 1908-9 *Quart. Journ. Med.* 2, p. 289.

25 Sir Clifford Allbut — 1923 *Lancet*, ii., p. 1422.

26 T. Wardrop Griffith — 1915 *Lancet*, Jan. 9.

27 W. Evans & C. Hoyle — 1933 *Lancet*, i., p. 1109.

28 Sir James Mackenzie (Angina Pectoris) — 1923 *London.*

29 Henry Head .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1.

30 W. Verdon (Angina Pectoris) — 1921 *London.*

31 W. W. Payne and E. P. Poulton — 1923 *Quart. Journ. Med.*, 17, p. 53.

32 G. Evans — 1923 *Brit. Med. Journ.*, Mar. 17, 24 and 31.

33 Foster Moore — 1917 *Quart. Journ. Med.*, 10, p. 29.

34 W. Edgecombe — 1911 *Practitioner*, April p. 515

35 A. G. Gibson — 1925 *Lancet*, ii., p. 1270.

36 J. A Ryle — 1928 *Lancet*, i., p. 332.

37 Kerr — 1921 *Lancet*, ii., p. 1112.

38 Bramwell and Hill — 1922 *Lancet*, i., p 891.

39 Parkes Weber — 1916 *Quart. Journ. Med.*, 9, p. 289.

40 Sampson Handley — 1922 *Lancet*, ii., p. 173.

41 F R. Fraser, C. F. Harris, R. Hilton and G C. Linder . 1928 *Quart. Journ. Med*, 22, p. 1.

42 F. Bach & N. Gray Hill 1932 *Lancet*, i., p. 75.

43 W. St. Lawrence — 1920 *Journ. Am. Med. Assoc.*, 75, p 1035.

44 H. J Starling . 1923 *Guy's Hosp. Rep*, 73, p. 388.

45 W. Sheldon .. 1930 *Lancet*, ii, p. 394.

46 H. F. Swift, Derick & Hitchcock 1928 Bath Conference, *Rheumatic Disease*, p. 157.

47 M. Campbell and E. C. Warner . 1930 *Lancet*, i., p. 61.

48 E. C Warner — 1930 *Lancet*, ii., p. 719.

49 W. H. Bradley — 1932 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 25, p 1635.

50 W R. F Collis — 1932 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 25, p. 1632.

51 E C. Warner — 1930 *Lancet*, i., p. 339.

52 J F. Carter Braine, W. R. Spurrell, & E. C. Warner 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 79, p. 473.

53 M Campbell and S. S. Suzman . 1934 *Am. Heart Journ.*, 9, p. 304.

54 C. Bolton .. 1924 *Heart*, 11, p. 343.

55 H. A. Treadgold and H. L.. Burton . 1932 *Lancet*, i., p. 277.

56 M. Campbell and J. W. Shackle 1933 *Guy's Hosp. Rep.*, 83, p. 168.
57 J Holmes 1929 *Brit Med. Journ.*, ii., p. 739.
58 F Saile 1930 *Med. Klin.*, June 20th.
59 J Plesch 1932 *Lancet*, i., p. 385.
60 E. J Wayne 1933 *Clin. Sci.*, 1, p. 63.
61 T Lewis . 1931-3 *Heart*, 16, p. 205
62 D W Bennett and W. J. Kerr 1931-3 *Heart*, 16, p. 109.
63 H. A. Treadgold and H. L Burton 1932 *Lancet*, i., p. 277.
64 S. J. Hartfull and G Armitage 1932 *Guy's Hosp. Rep.*, 82, p. 424.
65 G. H. Colt . 1927 *Quart. J. Med.*, 20, p. 331.
66 E. D. Telford and J. S. B. Stopford . 1933 *Brit. Med. Journ.*, i, p 173.
67 H. A. Treadgold 1933 *Lancet*, i., p. 733
68 C. Hoyle 1933 *Lancet*, ii., p. 250.
69 I Harris and G. Mc-Loughlin 1930 *Quart. Journ. Med.*, 23, p. 451.
70 G Spurling, F. Jelsma and J B Rogers . 1932 *Surg. Gyn. and Obstet.*, March.
71 R G Waller 1930 *Brit. Med. Journ.*, Oct. 11th.
72 T. Lewis 1931 *Heart*, 16, p. 1.
73 Paul D. White 1935 *Lancet*, ii , pp. 540, 597.

318

امراض اعضائے ہضم

امتحانِ شکم

شکم کا امتحان ان ہی طریقوں سے کیا جا سکتا ہے جو پھیپھڑوں اور قلب کی تعیین حالت کام میں لائے جاتے ہیں، یعنی معائنہ، جس، قرع، اور استماع۔ اور بہتر مثالوں میں یہی مناسب ہے کہ مریض اضطجاعی وضع میں ہو اور اس کے سر کے نیچے سہارا لگا ہوا ہو۔

شکم کو بغرض بیان دو افقی اور دو انتصابی خطوں کے ذریعہ نو رقبوں میں تقسیم کیا جاتا ہے۔ انتصابی خطوط ہر جانب رباطِ پوپارٹ کے وسطی نقطہ سے لے کر اوپر کے طرف ضلعی حاشیے تک کھینچے جاتے ہیں۔ افقی خطوط ضلعی حاشیے کے زیریں ترین حصوں یعنی ہر جانب کی دسویں ضلعی کڑیوں سے، اور حرقفی عرفوں کے بلند ترین نقطوں کے درمیان عرضی طور پر کھینچے جاتے ہیں۔ وہ خطہ جات جو ان خطوط کے ذریعہ متعین ہوتے ہیں، اوپر سے نیچے اس طرح گنائے جاتے ہیں :۔ وسط میں، شراسیفی، سُرّی اور خثلی۔ (۲) جانبین پر مراقی، قطنی اور حرقفی۔ جیسا کہ سینہ میں ہوتا ہے، یہاں بھی کسی ضرر کا صحیح مقام دریافت کرنا ہو تو ایسے حصوں سے پیمایش کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جو بآسانی شناخت ہو جائیں، مثلاً ناف، قصِ خنجری، خطِ وسطی، عانہ، مقدم فوقانی حرقفی شوکہ، یا گیارہویں پسلی کی نوک۔

معائنہ۔ پہلی چیز جسے دیکھنا چاہئے شکم کی جسامت ہے۔ یہ صحت کی حالت میں بھی بہت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ یکساں طور پر بہت بڑی ہو گئی ہو۔ لیکن اس امر کی دریافت کے لئے کہ آیا یہ کلانی کہفۂ باریطونی میں اجتماعِ مایع کی وجہ سے (استسقائے زقی

(ascites = استسقا) یا آنتوں میں گیس ہونے (نطبل = meteorism, tympanites) کی وجہ سے یا جدران یا شرب میں چربی ہونے کی وجہ سے یا کسی سلعہ مثلاً بیضی دوبرہ (ovarian cyst) کی موجودگی کی وجہ سے ہے، امتحان کے دوسرے طریقوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ شکم کی پکیاپا اور تشاکل بازکشیدگی فاقہ کشی میں، لاغری پیدا کرنے والے امراض میں، اور ایسی صورت میں دیکھی جاتی ہے جو دماغی امراض، مثلاً تدرنی التہاب سحایا (tuberculous meningitis) اور درون جمجمی سلعہ (intracranial tumour) کی وجہ سے واقع ہوئی ہو۔

معائنہ سے مختلف مقامی کلانیاں یا ابھار دیکھے جا سکتے ہیں، جو کہ مختلف اعضا کے سلعات یا کلانیوں سے پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً سلعات جگر، تمدد معدہ، تمدد کی مثالوں میں متمدد امعا، در ریختہ شرب اور منضم امعا جو تدرنی التہاب باریطون میں پیدا ہو جاتے ہیں، کلانی طحال، استسقاء الکلیہ (hydronephrosis)، حاملہ رحم، بیضی اور دیگر دوبرے اور متمدد مثانہ۔ شکم کے بالائی حصے کی مقامی کلانیاں جب نیچے کی پسلیوں کو اوپر اور باہر کی طرف ایک جانب دھکیل دیتی اور اس طرح ضلعی حاشیہ اور خط وسطی کے درمیان کے زاویہ کو بڑا کر دیتی ہیں تو صدر کا عدم تشاکل پیدا ہو جاتا ہے۔ ایسا بالخصوص جگر کے کیسہ (hydatid)، سرطان اور پھوڑے کی حالتوں میں دیکھا جاتا ہے۔

جیسا کہ سینہ کے تعلق میں پہلے تذکرہ کیا گیا ہے شکم اور تنفسی حرکات کے تعلق پر غور کرنا بھی اہم ہے۔ زیادہ تمدد سے ڈائفرام کے نزول میں رکاوٹ پیش آتی ہے، اور باریطون کے حاد التہاب سے نزول رک جاتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان مثالوں میں تنفس تقریباً بالکل صدری ہوتا ہے۔ دوسری مثالوں میں وہ اعضا جو ڈایافرام سے بدون واسطہ تماس میں ہیں یعنے جگر، طحال، معدہ اور گردے، ان کی وضع تو تنفس سے حقیقی طور پر متاثر ہوتی ہے، لیکن وہ اعضا یا سلعات جو نسبتہً نیچے واقع ہوں، یا جو شکم کی پچھلی دیوار سے ملحق ہوں، اس عضلہ کے نزول سے نسبتہً بہت کم متاثر ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اورطی کا، یا دائیں بطین کا، یا مثلثی بازروی میں بڑھے ہوئے جگر کا، یا نہایت ہی شاذ طور پر اورسما کا نبضان، اور تمدد معدے یا امعا کے حرکات دودیہ نظر آ سکتے ہیں۔ حرکات دودیہ کا نظر آ سکنا شکمی جدران کے پتلے پن اور دودی حرکت کی قوت کے تناسب پر منحصر ہے۔

جس۔ حالت شکم کے امتحان کے اس طریق کے لئے شکم کی دیواریں جس قدر

ممکن ہو ڈھیلی ہونی چاہئیں۔ اسی واسطے مریض کو اضطجاعی یا نیم اضطجاعی وضع میں ہونا چاہئے اور اُس کا سر کسی سہارے سے ٹکا ہوا ہو، کیونکہ اگر مریض اپنا سر اوپر اُٹھالے، مثلاً یہ دیکھنے کے لئے کہ کیا ہو رہا ہے، تو شکمی عضلات مستقیمہ تن جاتے ہیں۔ شکم کی دیواروں کے ارتخا میں امداد حاصل کرنے کے لئے بعض اوقات مریض کی ٹانگوں کو قدرے اُٹھا دیا جاتا ہے، لیکن انہیں اس وضع میں قائم رکھنے کے لئے مریض کے گھٹنوں کے نیچے ایک تکیہ کا سہارا لگانے کی ضرورت ہے۔ اگر عضلاتِ شکم غالب طور پر تنے ہوئے ہوں، تو مریض کو اندر اور باہر گہری سانس لینے کو کہنا چاہئے، اور اس وقت جب کہ ہاتھ شکم پر ہو مریض کو باتوں میں مشغول رکھنا چاہئے۔ یا مریض کو تکیہ پر سے اپنا سر اونچا کرنے کے لئے اور اُسے تقریباً ایک منٹ کے لئے اُٹھا ہوا رکھنے کے لئے کہنا چاہئے۔ مریض کے ایسا کرنے کا نتیجہ یہ ہوگا کہ عضلات تھک جائیں گے، اور اسکے بعد ممکن ہے کہ ایک لمحہ کے لئے اُس کا شکم امتحان کے لئے ڈھیلا پڑ جائے۔ دوسری ترکیب یہ ہے کہ شکم کا لمس اُس وقت کیا جائے جب کہ مریض ایک گرم مغسل میں ہو۔ اگر ان ذرائع سے ناکامی ہو اور امتحان کا کرنا اول درجہ کی اہمیت رکھتا ہو تو کسی معدمِ حس دوا کا استعمال کرنا چاہئے۔

شکم کا امتحان نہایت نرمی کے ساتھ کرنا چاہئے۔ ہاتھ گرم ہوں، اور وہ سطح پر چپٹے رکھے جائیں، اور اس امر کی احتیاط رکھی جائے کہ انگلیوں کے سرے دفعتہً شکم کے اندر نہ گڑا دئے جائیں، کیونکہ ایسا کرنے سے عضلات منقبض ہو جاتے ہیں اور قابلِ اعتبار نتائج کا حاصل ہونا غیر ممکن ہو جاتا ہے۔ گہرے تنفس کے دوران میں احشا کی کلانیاں یا نوبالیدیں، بالخصوص وہ جو شکم کے بالائی حصے میں ہوں، شناخت ہو سکتی ہیں، حالانکہ دوسرے وقت وہ شاید نظر انداز ہو جائیں۔ شکم کی جانبوں کا امتحان کرتے وقت مشاہد کو دو دستی طریقہ کے استعمال کو ہرگز فراموش نہ کرنا چاہئے، اور وہ یہ ہے کہ ایک ہاتھ کو بارھویں پسلی کے نیچے اور دوسرے کو سامنے شکم پر رکھا جائے۔ اگر پہلے ہاتھ کو دوسرے کی طرف دبایا جائے جو کہ بے حرکت ہے، تو خفیف ترین کلانی یا مزاحمت بھی عموماً محسوس کی جا سکتی ہے۔ مخصوص حالتوں میں مریض کو کسی مرتفع وضع میں رکھ کر امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

طبعی شکم میں ہاتھ کی حرکت کو تمام سمتوں میں بہت کم مزاحمت پیش آتی ہے۔ ٹھوس احشاء، مثلاً جگر، طحال، اور گردے عظمی صدر کے بالکل اندر ہوتے ہیں۔ جگر کا بایاں

لختہ جو عرضاً شراسیف میں واقع ہے، چھوٹے حجم کا، پتلا، اور نرم ہوتا ہے۔ کھوکھلے احشا ہاتھ سے بآسانی دب جاتے ہیں، اور اکثر کوئی چیز شناخت میں نہیں آتی، سوائے اس کے کہ دبلے اشخاص میں اورطی یا حرقفی عروق کا نبضان محسوس ہوتا ہے۔

جس کے ذریعے ہم مرض کی حالت میں اعضا کی شکل یا جسامت کے تغیرات کو اور سلعات کی موجودگی کو شناخت کر سکتے، اور امور ذیل کے متعلق معلومات حاصل کر سکتے ہیں:—
دیوار شکم کی تنیدگی یا ارتخاء کی حالت، جو مقامی یا عمومی ہو سکتی ہے۔ مقامی یا عمومی الیمیت کی موجودگی۔ اس کا اظہار ممکن ہے کہ شکم کو ہاتھ سے چھوتے ہی ہو جائے، یا صرف اس وقت ہو جب کہ گہرا دبایا جائے۔ شکم میں مختلف قسم کے حرکات محسوس ہو سکتے ہیں، یعنے طبعی عروق کا، یا ایک انورسما کا، یا مرض قلب میں جگر کا نبضان۔ آنتوں کی حرکت دودیہ۔ آنتوں میں ہوا کی حرکت (قراقر)۔ ایک تمع معدے میں اس وقت جب کہ اس پر کسی قدر دفعۃً دباؤ ڈالا جائے نسبتہً کثیف تر حرکات یا پانی اور ہوا کا چھلکنا۔ اور باریطون کی ملتہب سلعات کی رگڑ۔

جس میں ان دو طریقوں کو بھی شامل کرنا چاہیئے جن کے ذریعہ استسقائے شکمی یعنی کہفۂ باریطونی میں مایع کی موجودگی شناخت کی جا سکتی ہے۔ وہ طریقے یہ ہیں: تموج اور غیر وضعیت (ملاحظہ ہو استسقاء شکمی)۔

قرع۔ قرع کے ضمن میں ہمیں یہ بالخصوص یاد رکھنا چاہیئے کہ کہفۂ شکم اوپر کے طرف عظم الصدر کے زیریں حصوں کے اندر تک پھیلا ہوتا ہے۔ شکم حالت صحت میں ان مشترکہ سطحوں کے صرف اتنے ہی حصے پر گمکی ہوتا ہے کہ جتنا آنتوں اور معدے سے متناظر ہوتا ہے، یعنی ان تمام حصوں پر جو پسلیوں سے نیچے واقع ہیں، اور بائیں جانب پر قلب کے نیچے کی ضلعی کرّیوں اور پسلیوں کے زیریں سروں پر۔ شکم ان حصوں پر اصم ہوتا ہے جو جگر اور طحال سے متناظر ہوتے ہیں، یعنی جگر کے لئے دائیں جانب سامنے چھٹی پسلی کے بالائی کنارے سے یا پہلو میں آٹھویں پسلی سے نیچے کی پسلیوں پر، اور طحال کے لئے بائیں جانب اگلے بغلی خط سے ذرا پیچھے کو نویں، دسویں اور گیارھویں پسلیوں پر۔ گمک اور اصمیت کے اضافی رقبے کھوکھلے احشار کے اندر گیس کی مقدار میں تغیرات واقع ہونے سے بہت کچھ تبدیل ہو سکتے ہیں، اور جگر اور طحال کے اصم رقبے دوران شہیق میں نیچے کی طرف اور دوران زفیر میں

اوپر کو ہٹ جاتے ہیں۔ مزید براں معدے، اور معا کے مختلف حصوں کی قرعی آواز کی نوعیت میں بہت اختلاف ہوتا ہے۔

جگر اور طحال کی جسامت کی تبدیلیوں، یا ٹھوس رسولیوں اور دُوبیروں کی موجودگی سے اصمیت کے نئے رقبے پیدا ہو جائیں گے، اور بالعموم اصمیت کے ساتھ مزاحمت بھی موجود ہوتی ہے جو جس کرنے پر محسوس ہو سکتی ہے۔ چونکہ ان تبدیل شدہ حالتوں کا حوالہ مختلف احشا کے امراض کے تحت ہمیشہ دیا جائے گا، لہٰذا یہاں اُن کی تفصیل لازمی نہیں۔ قرع سے ہمیں استسقاءِ شکمی (جو ملاحظہ ہو) کی شناخت کا ایک دوسرا قیمتی طریقہ ہاتھ آتا ہے۔

استماع۔ التہاب باریطون میں کبھی کبھی جگر پر اور دوسرے مقامات پر رگڑ کی آوازیں سنائی دیتی ہیں۔ شکمی انورسماؤں کے ساتھ [illegible] بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ اگر اعور کے خطے پر استماع کیا جائے، تو لفائفی اعوری مصراع کی راہ سے معائی مافیہ کے گزرنے کی وجہ سے تھوڑے تھوڑے وقفوں سے آوازیں سنائی دیتی ہیں۔ حاد التہاب کی حالت میں یہ حرکات موقوف ہو جاتے ہیں، چنانچہ جب حاد التہاب زائدہ (acute appendicitis) کا شبہ ہو تو استماع مفید ہو سکتا ہے۔

لاشعاعوں کے ذریعہ امتحان۔ مری، معدے اور قنال غذائی کے امتحان کیلئے مریض کو ایک کھانا دیا جاتا ہے اور اس میں کوئی ایسا نمک ملا ہوا ہوتا ہے جو لاشعاعوں کیلئے غیر شفاف ہوتا ہے، مثلاً بیریئم سلفیٹ (barium sulphate) یا بسمتھ کاربونیٹ (bismuth carbonate) یا آکسی کلورائڈ (oxychloride)۔ تفصیلات علی الترتیب اعضا کے بیان کے تحت درج کئے گئے ہیں۔ قولون کے امتحان کے لئے ایک غیر شفاف حقنہ کا استعمال بھی کیا جا سکتا ہے۔ دوسرے اعضا کا امتحان کرنا ہو تو ملینات دے کر غذائی قنال کو حتی الامکان خالی کیا جاتا ہے اور شکم کے عکس لئے جاتے ہیں۔ موافق حالات میں اس طریقہ سے صفراوی حصاۃ کی موجودگی دریافت کی جا سکتی ہے۔ مرارہ کو ظاہر کرنیکا گراہام کا طریقہ بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

شکم بینی (cœlioscopy)۔ اس طریقہ میں نووکین کے ذریعہ عدم حسیت پیدا کر کے دیوارِ شکم میں ایک شگاف دیا جاتا ہے۔ کہفہ باریطونی کے اندر ہوا داخل کی جاتی ہے اور اس کے مافیہ کو ایک شکم بین (laparoscope) کے ذریعہ سے دیکھا جاتا ہے۔ یہ طریقہ

خالصتاً تشخیصی اغراض کے لئے اُس وقت جب کہ ایک استقصائی شکم شگافی ناجائز ہو استعمال کیا جاتا ہے (۱)۔

شکم حاد

(acute abdomen)

بہت سی حاد شکمی حالتوں میں جراحی دست اندازی سے جو موافق نتائج حاصل ہوئے ہیں ان کے پیش نظر تشخیص کی اہمیت جتنی بھی بیان کی جائے کم ہے۔ اگرچہ مختلف حاد حالتوں کے ممیزہ نشانات بعد میں مختلف امراض کے تحت بیان کئے جائیں گے، تاہم مناسب خیال کیا جاتا ہے کہ یہاں مریض کے امتحان کے متعلق چند نکات درج کئے جائیں اور اُن حالتوں کی ایک فہرست دی جائے جو شکم حاد یا اُس سے مشابہ علامات پیدا کر سکتی ہیں۔

سابقہ سرگذشت سے نہ صرف یہ ظاہر ہو جائے گا کہ آیا ایسے ہی حملے پہلے ہو چکے ہیں بلکہ یہ بھی کہ آیا کوئی اشارہ کن علامات ہو چکے ہیں، مثلاً سوء ہضم کی سرگذشت جو کہ ایک منقوب معدی قرحہ (peptic ulcer) یا حاد التہاب زائدہ کا پیشرو ہوتا ہے۔ حیض کی سرگذشت، اور یرقان، قئے الدم، دم بولیت کے سابقہ وقوع کے متعلق دریافت کرنا چاہیئے، نیز یہ کہ وزن میں کوئی تازہ کمی تو نہیں ہوئی ہے۔ موجودہ حالت کی سرگذشت میں یہ سوالات شامل ہوں گے کہ حملہ کا آغاز حاد طور پر ہوا ہے یا تدریجی طور پر۔ درد کا مقام اور اُس کی نوعیت کیا ہے؟ آیا وہ حرکت کر گیا ہے یا کسی خاص سمت میں دوڑتا ہے؟ آیا درد کے ساتھ قئے کا کوئی تلازم ہے؟ قئے کس نوعیت کی ہے؟ آیا متلی موجود ہے؟ آنتوں کی حالت کیسی ہے؟ امتحان غذائی نظام کے متعلق ہی نہیں بلکہ مکمل ہونا چاہیئے تاکہ اُس سے درون صدری ضررات، مثلاً پلوری ذات الریہ، التہاب تامور، اور حاد امتلائی فشل قلب مع اکلیلی علقیت کے، ہزال نخاع کے معدی بحرانات اور گردوں اور بولی خطہ کے ضررات، یعنی التہاب گردہ وحوض گردہ (pyelonephritis)، التہاب گرد کلوی (peri-nephritis)، حاد التہاب مغز استخواں (osteomyelitis) اور شوکہ کے مرض پاٹ (pott) اور سمی حالتوں، یعنی بولیا دمویت (uræmia)، ذیابیطیسی توما اور دوری قئے (cyclical vomiting) کی تشخیص ہو جائے۔ قولنج نہایت حاد شکمی علامات

پیدا کر سکتے ہیں یعنی معائی قولنج، رصاصی قولنج (lead colic)، صفراوی قولنج (biliary colic) اور قولنج کلوی (renal colic) جس کے ساتھ آگزلیٹ بولیت (oxaluria) بھی شامل ہے۔ اس کے علاوہ عضوی دروں شکمی حالتیں پائی جاتی ہیں، یعنی التہاب زائدہ، مثقوب معدی قرحہ اور کبھی کبھی مثقوب معائی قرحہ۔ حاد معائی تسدد خواہ اس کے ساتھ تحنیق ہو یا نہ ہو، حاد التہاب مرارہ (acute cholecystitis)، التہاب عطفہ (diverticulitis)، نزفی التہاب لبلبہ، نبتی ریوی اور ثانوی التہاب باریطون حمل بے محل (ectopic gestation)، التہاب انبوبہ (salpingitis) اور دوسری امراض النسائی حالتیں، باساریقی علقیت اور سدادیت، ہینوک کا پرپورا (Henoch's purpura) اور دوسرے دروں شکمی نزفات اور تقطیعی اورطی انورسما (dissecting aortic aneurysm)۔

دوسری ممکن حالتیں یہ ہیں: شکمی انفلوئنزا، تدرن، بالخصوص لفائفی اعوری غدد کا، حمیات معویہ غذائی تسمم، تقیحی التہاب ورید الباب (pylephlebitis)، اور حاری ممالک میں امیبائی زحیر، التہاب جگر اور ملیریا۔

التہاب الفم

(STOMATITIS)

منہ کے التہاب یا التہاب الفم (stomatitis) کا وقوع ایک عام نازلتی حالت کی حیثیت سے ہوتا ہے جو گالوں کی اندرونی سطح، مسوڑھوں، اور لبوں کو ماؤف کر دیتی ہے، اور نسبتہً زیادہ محدود المقام شکلوں میں اس کا وقوع قلاعی (aphthous) تقرحی (ulcerative) یا گنگرینی التہابات الفم کی حیثیت سے ہوتا ہے جو تقریباً یقینی طور پر خرد عضویوں کے باعث ہوتے ہیں۔ اس کے ساتھ ہی یہ ظاہر ہے کہ بعض خاص حالات خرد عضویوں کے عمل کے لئے ضروری ہوتے ہیں، کیونکہ تندرست اشخاص کے دہنوں میں بھی بے شمار خرد عضویے پائے جاتے ہیں، جن میں نبقات عنبیہ، نبقات سبحیہ، ٹارولی (torulæ) اور بعض اوقات نبقات ریویہ اور خناق وائی کے عصیّے شامل ہیں۔

بعض جلدی امراض کے مضرات غدی غشاء مخاطی کو بھی ماؤف کر دیتے ہیں۔ مثلاً نملہ (herpes) ، داء الفقاع (pemphigus) اور شری (urticaria) کے۔ نملی التہاب الفم (herpetic stomatitis) ایک حالت ہے جس میں بے شمار چھوٹے چھوٹے قروح تمام مسوڑھوں پر اور گالوں کے اندر پائے جاتے ہیں۔ یہ قروح اس قدر الیم ہوتے ہیں کہ غذا سیال یا آدھ ٹھوس ہونی چاہیے، کیونکہ تمضغ ناممکن ہو جاتا ہے۔ علاج یہ ہے کہ گلسرین بوراکس (glyc. boracis) کا بار بار الساق کیا جائے۔

اس التہاب الفم کو جو صرف مسوڑھوں تک محدود ہو التہاب لثہ (gingivitis) کہتے ہیں۔ التہاب لثہ کی مختلف قسمیں داء الحفر (اسقربوط) (scurvy) اور حاد سفید خونی عدم دمویت (acute leukæmia) میں اور امراض دندان کے مقامی نتائج کے طور پر جو قیحی ریمی سیلان (pyorrhœa alveolaris) کی شکل میں دیکھی جاتی ہیں، سنی بوسیدگی کی تحریر کے لئے ملاحظہ ہو حیا تین د۔

عفونت دہن (oral sepsis)۔ دانتوں کی تندرست حالت کی اہمیت پر نہ صرف التہاب الفم بلکہ عام خرابی صحت کی حالتوں میں بھی خاص زور دینا ضروری ہے۔ حاد قیحی پھوڑے کے علاوہ تین حالتیں ایسی ہیں جو طبی نقطۂ نظر سے اہم ہیں:— (۱) سن راسی امریکی سلعہ جسے بسا اوقات غلطی سے سن راسی پھوڑا کہا جاتا ہے، جو عموماً ٹنڈوں، مردہ دانتوں کی جڑوں اور ایسے دانتوں کی جڑوں کے گرد بنتا ہے جو حیویت ربودہ ہو گئے ہیں۔ یہ ہمیشہ نبتات عجیبہ سے سرایت زدہ ہوتے ہیں، جو بالعموم غیر خون پاش قسم کے ہوتے ہیں۔ چونکہ امریکی سلعہ کی دیوار موٹی ہوتی ہے، اور دوران تخریج میں وہ دانت کے ہمراہ نکل آتا ہے، لہذا جسم کے اندر اس کے انتشار کا اتنا خطرہ نہیں ہے کہ جتنا لطیف التہاب العظم میں ہوتا ہے، جو کہ بعد میں بیان کیا جائے گا (2)۔ ممکن ہے کہ عام خرابی صحت کے علامات اور تکان اور عدم دمویت موجود ہوں۔ یہ بھی اغلب ہے کہ بہت سے مجہول المبدا امراض کا سبب آئندہ زمانہ میں یہی سمجھا جائے۔ بالخصوص ذبحۂ صدریہ، رثیت آسا التہاب مفصل (rheumatoid arthritis) ، ساری التہاب دروں قلب (infective endocarditis) ، متوالی معدی اور اثنا عشری قروح، التہابات چشم (یعنے التہاب قزحیہ (iritis) ، التہاب قرنیہ (keratitis) ، التہاب مشیمیہ

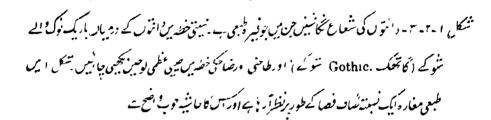
(choroiditis)] التہاب راسی اریکی سلعہ کا نتیجہ ہو سکتے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ مردہ دانتوں کو نکال دینا چاہیئے۔ لیکن یہی کافی نہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ اُس وقت بھی جب کہ دانت تندرست نظر آتا ہو اور اُسے ٹھپ ٹھپانے سے نہ کوئی درد اور نہ کوئی الیمیت محسوس ہوتی ہو ایک اریکی سلعہ موجود ہو۔ واحد صحیح طریقہ یہی ہے کہ دندانی شعاع نگارشیں لی جائیں، جن میں جڑوں کے مقام پر صاف فضا کی موجودگی سے اریکی سلعہ کی شناخت بآسانی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے جڑ بجائے خود جذب ہو جائے۔ سرایت سے پیدا شدہ ان فضاؤں کو بعض تشریحی خصوصیتوں سے تمیز کرنا چاہیئے، مثلاً بالائی جبڑے میں، حنکی حفرہ جو کہ مرکزی ثنایا کے راسوں کے درمیان ہے، اور اس سے اوپر انفی حفرات، فکی مغارہ جو کہ طواحن اور ضواحک کی جڑوں کے قریب ہے۔ زیریں جبڑے میں، تحتانی سنی قنال کا خط جو کہ طواحن کے راسوں کے نیچے ہے، اور ذقنی سوراخ جو کہ ضواحک کے نیچے ہے۔

(۲) جوفیزی ریمی سیلان، جس میں مزمن التہاب ہوتا ہے اور اس کے ساتھ دانتوں کی جڑوں کے گرد کی ہڈی جذب ہو جاتی ہے۔ یہ گردسنی غشا کی دبازت کی حیثیت سے شروع ہوتا ہے (جڑوں کے عین گرداگرد کا شفاف رقبہ)، اور ممکن ہے مسوڑھے کے حاشیہ تک محدود المقام رہے یا تمام جڑ کے گرد پھیل کر عمومی ہو جائے۔ ورقۂ جافہ (lamina dura) (جو کہ گردسنی غشا کے گرد ایک غیر شفاف خط ہے) معدوم ہو جاتا ہے۔ دانتوں کے درمیان جیبیں بن جاتی ہیں۔ جیب کا فرش دانتوں کی جڑوں کے درمیان نسبتہً زیادہ چوڑا ہوتا ہے، اور اس کا فتحہ تنگ ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ غذائی ملبے اور پیپ سے بھر جاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۶)۔ میلیت میں جس قدر رکاوٹ ہوگی جوئے خون کی سرایت کا وقوع اسی تناسب سے ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ جب پیپ کا اخراج آزادانہ ہوتا ہے تو خردعضویے نگلے جا سکتے ہیں اور پھر وہ مختلف غذائی اختلالات پیدا کر دیتے ہیں۔ لیکن عضویوں کو نگلنے کی نسبت جوئے خون کی سرایت غالباً زیادہ خطرناک ہوتی ہے۔ گوڈرش (Goodrich) اور موزلی (Moseley) کی رائے ہے کہ جوفیزی ریمی سیلان اولاً دہن کے نحیف شعریہ (leptothrix) کی وجہ سے ہوتا ہے۔ لیکن اس کے ساتھ دوسرے عضویے، نبقات سبحیہ وغیرہ بھی ہمیشہ پائے جاتے ہیں، اور یہ اُن مختلف امراض کا سبب ہوتے ہیں جو جوفیزی ریمی سیلان سے ثانوی طور پر پیدا

322

۳ ۲ ۱

شکل ۱-۲-۳- دانتوں کی شعاع نگاشتیں جن میں جوفیہ طبعی ہے۔ نیچی خطہ میں دانتوں کے درمیان باریک نوک والے شنوکے (گاتھک Gothic. شنوکے) اور طاحنی و ضاحکی خطہ میں چپٹی عظمی لوحیں بھی چاہئیں۔ شکل ۱ میں طبعی مغارہ ایک نسبتہً صاف فضا کے طور پر نظر آتا ہے اور اس کا حاشیہ خوب واضح ہے

۶ ۵ ۴

شکل ۴-۵-۶- جبڑے کی شعاع نگاشتیں جن میں عاجل جوفیزی ریمی سیلان نظر آتا ہے۔ دانتوں کے درمیان اور گرد کسی قدر جوفیز و تلف ہوگیا ہے۔ نارز کا اکثر حصہ دور کردیا گیا ہے۔ (ایچ - ایم ورتھ کی لی ہوئی فلموں سے)۔

ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے ملطف التہاب العظم معہ زندہ دانتوں کے راس کے انجذاب کے موجود ہو۔ یا صلابت آفریں التہاب العظم موجود ہو۔ آخرالذکر دانت کے راس پر (جو کہ بصلی بن جاتا ہے) جو فیزہ کی ہڈی کو معمول سے زیادہ کثیف بنا دیتا ہے (3)۔ ملطف التہاب العظم نبقی بھی سرایت کا نتیجہ بھی ہو سکتا ہے، جو کہ زیادہ تر خون ناپاشی قسم کی ہوتی ہے، اور اس کا انتشار جوئے خون کی راہ سے اس سے زیادہ آسانی سے ہوتا ہے کہ جتنا آسانی سے سن راسی ایکی سلعہ میں ہوتا ہے (2)۔

عفونت دہن کی تحریض یعنی روک تھام کا یہ طریقہ ہے کہ دانتوں کو بالکل صاف اور ٹار ٹار سے پاک رکھا جائے۔ اِس کے ساتھ ہی اس امر کی انتہائی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ برش سے زیادہ سختی کے ساتھ رگڑنے سے مسوڑھا دانتاً زخمی نہ ہوتا رہے۔ غذا میں کافی حیاتینیں ہونی چاہئیں۔ سن راسی ایکی سلعہ کا علاج یہ ہے کہ دانت نکال دیا جائے، اور زیادہ بڑھے ہوئے جو فیزی ربی سیلان کے لئے بھی یہی بیان درست ہے، کیونکہ اس حالت کا کوئی شافی علاج نہیں ہے۔ دانت کو نکالنے سے چند روز پہلے دو علاج موقعوں پر دانت کو کھرچ (scale) کر اور دوسرے طور پر صاف کر لینا مناسب ہے، کیونکہ اس سے عفونی جذب کے رُکنے کا رجحان ہوگا۔ اس کے علاوہ حتی الامکان تمام خراب دانتوں کو ایک ہی مرتبہ نکال لینا بہتر ممکن ہے (4)۔ تخفیفی علاج یعنی جیبوں کو وقتاً فوقتاً دھو کر صاف کرتے رہنا بھی اختیار کیا جاتا ہے۔

تھائمال (thymol) کا آبی محلول ایک مفید غسول دہن ہے، کیونکہ یہ ایک خاص طور پر قوی دافع عفونت دوا ہے۔ تھائمال پانی کے اندر بہت ہی خفیف حل پذیر ہوتا ہے، چنانچہ صرف اتنی ضرورت ہے کہ پانی کی ایک بوتل میں اس کی دو یا تین قلمیں ڈال کر اُسے کچھ عرصہ تک رکھا رہنے دیا جائے۔ اگر بیرونی تپش بلند ہو تو یہ محلول زیادہ قوی ہو جاتا ہے اور منہ میں ایک جلن کا احساس پیدا کر دیتا ہے، لہٰذا اِسے استعمال سے پہلے ہلکا کر لینا چاہیئے۔

نازلتی التہاب الفم
(catarrhal stomatitis)

اسباب۔ نازلتی التہاب الفم اولاً تو کیمیائی یا میکانی خراش سے پیدا

۷   ۸   ۹

شکل ۷۔ ۸۔ ۹ شعاع نگاشتیں جو ترقی یافتہ ریمی جوفیزی سیلان ظاہر کرتی ہیں۔ جڑوں کے گرد جوفیز و تقریباً بالکل تباہ ہو گیا ہے۔

۱۰   ۱۱   ۱۲

شکل ۱۰۔ ۱۱۔ ۱۲۔ شعاع نگاشتیں جو دانتوں کی جڑوں کے گرد پھوڑے ظاہر کرتی ہیں۔ یہ صاف فضاؤں کے طور پر نظر آتے ہیں جن میں جڑیں بروز کرتی نظر آتی ہیں۔ شکل ۱۲ میں متاثرہ دانت میں ایک بھرت (filling) موجود ہے جو کہ لبی کہف میں اتر گئی ہے۔ بوجہ انحذاب خراجی کہنہ میں جڑ کی نوک کا کند پڑ جانا بھی ملاحظہ کرنا چاہئے۔ اس شکل میں نری اور صاف دصائطبعی معارد ہے (ایچ۔ ایم۔ ورتھ کی لی ہوئی فلموں سے)

بالمقابل صفحہ 821

ہوسکتا ہے، جیسے کہ ترشوں اور قلویات کے تماس، کثرتِ شراب نوشی، یا ٹوٹے ہوئے یا بوسیدہ
دانتوں کی موجودگی سے۔ دوم وہ ایسے التہاب سے پیدا ہوسکتا ہے، جو ہم پہلو حصوں سے
پھیل آئے، جیسے کہ ناک یا انفی بلعوم سے۔ سوم بعض سموم کے عمل سے، جیسے پارے، جست
اور سنکھیا سے۔ اور چہارم بعض عمومی اور بیشتر ساری حالتوں کی وجہ سے، جیسے کہ خسرا،
چیچک، آتشک، داء الخفر، سفید خونی، عدمِ دمویت، وغیرہ سے۔

علامات یہ ہیں:۔ موڑھوں، لبوں اور گالوں کی اغشیۂ مخاطیہ کا ورم اور
زائد سرخی، زبان کا ورم، کثرتِ ریق اور غدی مخاط کے افراز کا بڑھ جانا، جو سطح پر ایک ضماد
کی طرح چپک جاتا ہے، اور ہم پہلو لمفائی غدد کا ورم۔ چبانے اور نگلنے میں درد ہوتا ہے،
اور ممکن ہے کہ سانس بدبودار ہو۔ بعد کے درجوں میں خراشیدگی اور اوپری تقرح
واقع ہوجاتا ہے۔

علاج۔ حتی الامکان خراش کے تمام اسباب دور کئے جائیں، اور دافع
عفونت غسولات کام میں لائے جائیں، جیسے کہ بورک ایسڈ (۲ تا ۵ فی صدی) پوٹاسیم
کلوریٹ (۳ فی صدی)۔ اور مابعد درجوں میں نسبتہً بہت زیادہ قابض محلولات، جیسے
کہ پھٹکری (alum) (دس گرین فی اونس)، یا گلیسرین آف ٹیانین (glycerine of
tannin)

قلاعی التہاب الفم

(aphthous stomatitis)

یہ بچوں میں ہوا کرتا ہے، بالخصوص پہلے انتغار کے زمانہ کے قریب میں، اور بالغوں
میں کمتر ہوتا ہے۔ اس میں یہ ہوتا ہے کہ موڑھوں اور زبان پر اور لبوں اور گالوں کی 323
اندرونی سطح پہ گول رمادی جھلکنیاں یا قلاعات بن جاتے ہیں۔ یہ قطر میں ۳ تا ۵ ملی میٹر
اور سطح سے قدرے اوپر اٹھے ہوئے ہوتے ہیں، اور اگرچہ آبلوں کی طرح نظر آتے ہیں
لیکن درحقیقت سرحلہ کے نیچے ایک فائبرینی ارتشاح ہونے کی وجہ سے پیدا ہوجاتے،
کچھ عرصہ کے بعد سرحلہ چھوٹ کر گر جاتا ہے اور چھوٹے، رمادی رنگ کے قروح رہ جاتے
جن کے حاشیے تنگ اور سرخ ہوتے ہیں۔ مبتلا شدہ بچے بے چین ہوتے ہیں

انھیں کسیقدر تپ ہوتی ہے، ریق کی خفیف سی زیادتی ہوتی ہے، اور دودھ پینے میں یا چبانے میں درد ہوتا ہے۔ یہ قروح چند روز میں مندمل ہو جاتے ہیں، لیکن بعض مریضوں میں ممکن ہے کہ پھر نمودار ہو جائیں۔ بالغوں میں قلاعات اتنے بے شمار نہیں ہوتے جتنے کہ بچوں میں۔

علاج۔ دافع عفونت غسولات اور گلیسیرینم بوراسس (glycerinum boracis) استعمال کئے جاتے ہیں۔ بالغوں میں نائٹریٹ آف سلور (nitrate of silver) کے لگانے سے در دنی الفور کم ہو جاتا ہے اور اکثر جلد شفا ہو جاتی ہے۔

گنگرینی التہاب الفم
(gangrenous stomatitis)

یہ مرض جسے آکلتہ الفم (cancrum oris or noma) بھی کہتے ہیں، کمزور بچوں میں ہوتا ہے، یا ایسے بچوں میں جو خراب صحی حالات میں ہوں یا ایسے بچوں میں جو ساری مرض سے صحتیاب ہو رہے ہوں جن میں خسرا اور تپ محرقہ عام تر ہوتے ہیں۔ یہ جراثیمی سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ تغیرات بہت سریع الوقوع ہوتے ہیں۔ گال کی اندرونی سطح پر تصلب کا ایک چھوٹا سا نقطہ پیدا ہو جاتا ہے، اور جلد ہی گال کی ساری دبازت سخت ہو کر مرکز میں سیاہ اور آس پاس سے سرخ ہو جاتی ہے، بہ الفاظ دیگر ایک غشیئہ بن جاتا ہے۔ اگر یہ بڑھتا رہے تو گال میں سوراخ ہو جائے گا، اور اگر یہ لبوں پر ہے تو مسوڑھا ماؤف ہو کر دانت گر پڑیں گے۔ درمیانی تپ بہت کم ہوتی ہے، لیکن بچہ جلد خستہ ہو کر مر جاتا ہے۔

علاج۔ بچہ کو بچانے کا واحد طریقہ یہ ہے کہ ماؤف حصہ کو فی الفور نائٹرک ایسڈ سے تلف کر دیا جائے یا چاقو سے اس کا استیصال کر دیا جائے۔ علاوہ ازیں بچہ کو غذا اور مہیجات سے سہارا دینا چاہیئے۔

قلاع
(thrush)

قلاع کمزور اور ناقص تغذیہ رکھنے والے شیر خواروں میں، اور بالخصوص ان میں

جنھیں ہاتھ سے غذا دی جاتی ہے، یا جو اسہال میں مبتلا ہوں، اور بالغوں میں لاغری پیدا کرنے والے امراض کے آخری درجوں میں مثلاً سل ریوی (phthisis)، سرطان، اور تپ محرقہ میں دیکھا جاتا ہے۔ لبوں، گالوں، مسوڑھوں، تالو اور زبان کی غشائے مخاطی پر دودھ جیسی سپید چکیتیاں ہوجاتی ہیں، جو شکل میں بے قاعدہ، منتشر یا مجتمع، سطح سے قدرے ابھری ہوئی، اور ایک باریک سرخ لکیر سے گھری ہوتی ہیں۔ اگر ایک ایسی چکتی کو چھیل کر نکال دیا جائے، تو اُس کے نیچے کی غشائے مخاطی شوخ سرخ رنگ کی پائی جاتی ہے، بلکہ اس میں سے کسیقدر خون بہتا ہے، اور تھوڑے عرصے کے بعد چکتی پھر بن جاتی ہے۔ وہ سر حلمی چھلکوں، شحمی گلوبچوں، اور ایک فطر یعنی بویضی فطرابیض (oidium albicans) کے بذروں اور فطری جال (mycelium) پر مشتمل ہوتی ہے۔ کیسٹیلانی (Castellani) کی رائے ہے کہ مداریی ممالک میں قلاع بہت سی قسموں کے فطر کے باعث ہوسکتا ہے۔ یہ فطر پہلے سر حلمہ کی درمیانی تہوں میں نمو یاب ہوتا ہے اور پھر وہاں سے اوپری اور گہری تہوں کی طرف دونوں سمتوں میں پھیلتا ہے۔ اغلب ہے کہ اُس التہاب الفم کا سبب جو اس کے ساتھ ہوا کرتا ہے، فطر کی بالید گی ہے۔ لیکن ووگیل (Vogel) نے بیان کیا ہے کہ دہن کے افرازات جو سپید چکیتیوں کے نمودار ہونے سے پہلے ترشئی ہوتے ہیں فطر کے جماؤ میں ممد ہوتے ہیں۔ جن بچوں کو قلاع اور اسہال ہوتا ہے، اُن میں اکثر اوقات مبرز کے گرد التہابات ہوتے ہیں، جس کی بنا پر عوام کا یہ خیال ہے کہ قلاع بچہ کے "اندر سے گذرتا ہوا نیچے سے نکل گیا ہے"۔ لیکن گو شدید اصابتوں میں قلاع بلعوم اور مری تک پھیل جاسکتا ہے، تاہم وہ استوانی سر حلمہ سے ڈھکے ہوئے حصوں پر نہیں واقع ہوتا۔ یہ مبرزی طفح یا تو احمرار نسیجی (erythema intertrigo) یا پیدائشی ناریہ (congenital syphilide) ہوتا ہے۔ قلاع سے کسیقدر مقامی تکلیف اور نگلنے یا دودھ پینے میں درد پیدا ہوجاتا ہے لیکن ان کے علاوہ جو علامات ہوں وہ بالخصوص صحت کی ماسبق حالت کی وجہ سے ہوتے ہیں۔

علاج۔ مریض کی عام حالت کی اصلاح کرنی چاہیئے۔ شیر خواروں میں غذا کو مناسب بنانا اور اسہال کو روکنا چاہیئے۔ کھانے کے بعد ہر بار منھ کو ایک نرم کپڑے کے ایک تازہ ٹکڑے سے پونچھکر صاف کردینا چاہیئے، اور چکیتیوں کو بورکس (borax) کے محلول (۱۰ گرین ایک اونس میں) سے چھو دینا چاہیئے، یا قدرے گلیسرین آف بوریکس

(glycerine of borax) منہ کے اندر باقی رہنے دینا چاہیئے۔

324

مری کا تسدد

(OBSTRUCTION OF THE ŒSOPHAGUS)

یہ غذائی نالی کے اِس حصّے کی اہم ترین امراضیاتی حالت ہے۔ اِس کے اسباب یہ ہیں۔ اجسام غریبہ کا پھنس جانا جیسے کہ مصنوعی دانتوں کا۔ واسطی بالیدوں (mediastinal growths) اور نہایت ہی شاذ طور پر صدری نورسماؤں کا باہر سے دباؤ ڈالنا۔ خود نالی کی دیواروں میں سرطانی یا دوسرے سلعات کی بالیدگی۔ اکال سموم سے متضرر ہو جانے کے بعد اِس میں جو قروح پیدا ہو جائیں اُن کے انقباض سے تضیق پیدا ہو جانا۔ عضلی دیواروں کا فعلی تشنج۔ فؤاد کا عدم ارتخاء یعنے تشنج الفؤاد (cardio-spasm) عطفے۔ آخری چار حالتوں پر علٰحدہ علٰحدہ غور کیا جائے گا۔

مری کا سرطانی سلعہ

(carcinoma of the œsophagus)

یہ عموماً بڑی عمر میں ہوا کرتا ہے، اور عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ ہوتا ہے۔ یہ بالید مری کے بالائی ثلث کے نسبت زیادہ کثرت کے ساتھ اسکے درمیانی اور زیرین ثلث میں واقع ہوتی ہے لیکن قصبۃ الریہ کی دوشاخگی کے مقابل اور مری کی فؤادی انتہا پر وہ بالخصوص کثیر الوقوع ہوتی ہے۔ مری کا سرطان ہمیشہ اوّلی ہوتا ہے۔ رفتہ رفتہ وہ اندرونِ مری میں ناہموار منقرح سطح پیدا کر دیتا ہے۔ رسولی مری کو جزئی یا کلی طور پر گھیر لیتی ہے اور انتصاباً ایک آدھ انچ تک پھیلتی ہے۔ مزید برآں یہ اکثر قصبۃ الریہ یا پھیپھڑے کی جڑ کو ماؤف کر دیتی یا بازگرد حنجری اعصاب پر دباؤ ڈالتی ہے۔ واسطی لمفی غدد بڑے ہو جاتے ہیں، اور عام طور پر عنقی غدد بھی ابتداہی سے بڑے ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ پہلی اور نمایاں علامت عسر البلع ہے۔ مریض ٹھوس چیزیں نگلنے میں دقت محسوس کرتا ہے جب کہ وہ سیالات بہ آرام اُتار سکتا ہے۔ یہ دقت بتدریج زیادہ ہوتی

جاتی ہے' اور بالآخر ٹھوس غذا چھوڑ دینی پڑتی ہے۔ صرف مائعات لئے جا سکتے ہیں' اور اگر ایک وقت میں ایک منہ بھر سے زاید مائع لینے کی کوشش کی جائے تو وہ واپس نکل آتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ مریض کو اُچھو لگ جائے۔ درد عموماً نہیں موجود ہوتا۔ چند ہفتوں کے بعد مریض دُبلا ہونا شروع ہوتا ہے اور اس کی طاقت و توانائی کم ہوتی جاتی ہے۔ یہ علامات عموماً ترقی پذیر ہوتے ہیں' لیکن کبھی کبھی رسولی کی سطح پر سے بعض حصوں کے ریزہ ریزہ ہوکر علیحدہ ہو جانے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ مری کا قطر پھر بڑا ہو جاتا ہے' اور مریض کی حالت میں عارضی اصلاح ہو جاتی ہے۔ اگر کوئی تدارک نہ ہو سکا ہو تو محض خستگی سے یا پیچیدگیوں کے باعث موت واقع ہو جاتی ہے۔ اس طرح پر بعض مریضوں میں رسولی کے پھیلنے سے قصبۃ الریہ کے ساتھ ارتباط واقع ہو جاتا ہے۔ غذا کے ریزے سانس میں اندر چلے جاتے ہیں اور عفونی شعبی ذات الریہ (septic broncho-pneumonia) شروع ہو جاتا۔ دوسرے مریضوں میں نو بالیدہ کا حملہ براہِ راست شش پر ہوتا ہے اور گنگرینی یا شعبی ذات الریہ جس کے ساتھ ممکن ہے کہ ذات الجنب یا تقیح الصدر بھی موجود ہو' مریض کو موت کے گھاٹ اُتار دیتا ہے۔ اور بھی دوسروں میں اس وقت جب کہ بالیدہ بالائی سرے پر ہو' بازگرد حنجری اعصاب پر دباؤ پڑنے سے مزمار کے عضلات مُبعِدہ مشلول ہو جاتے ہیں جس سے ممکن ہے کہ اختناق پیدا ہو جائے۔ شاذ اصابتوں میں ایسا بھی ہوا ہے کہ رسولی نے اورطیٰ کو کھا کر ہلاکت خیز نزف پیدا کر دیا۔ بالآخر' سرطان کے جماؤ دوسرے اعضا میں بھی پیدا ہو جاتے ہیں' بالخصوص جگر اور پھیپھڑوں میں۔ کبھی کبھی یہی موت کا سبب ہوتے ہیں' درانحالیکہ مری کے اندر کی بالیدہ اس قدر خفیف ہوتی ہے کہ نگلنے میں کوئی دقت نہیں پیدا کر سکتی۔

تشخیص۔ پچاس سال سے اوپر کی عمر والے شخص میں بتدریج بڑھتا ہوا عسر البلع اصابتوں کی غالب تعداد میں مری کے سرطانی سلعہ کے باعث ہوتا ہے۔ بعض اوقات ہے کہ عسر البلع کی حالت نظر انداز ہو جائے۔ مثلاً غذا مری کے اندر تنگی کے مقام سے اوپر ہی اوپر اتنے عرصہ تک ٹھہری رہے کہ اس کی بازروی کو مریض یا کوئی غیر محتاط معالج غلطی سے قے سمجھ لے' اور اس طرح ایک معدی ضرر کی غلط تشخیص ہو جائے۔ مریض اکثر ٹھیک لیول بتا سکتا ہے جہاں تسدد واقع ہوتا ہے۔

قصبتہ الریہ کی دوشاخگی کے مقام پر مری ایک سرطانی تضیق کی شعاع نگاشت جو کہ ترچھی وضع میں لی گئی ہے۔ بیریم ساعیب کے استحلاب جو کہ مریض نے نگل لیا ہے، مری کا بالائی سرا ابھرا ہوا نظر آتا ہے بیریم کی باریک سی دھاری متسع حصہ کے پیندے سے مری میں نیچے گزرتی دکھائی دیتی ہے۔ بالیدگی کے سبب سے دردنہ کی لے قاعدگی آئوٹس دکھائی گئی ہے بیریم کے سامنے کا سایہ اوطی کی محراب ہے۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک کے لئے ہوئے سہن سے

24 - [illegible]

بسمتھ کھلانے کے بعد اگر لاشعاع کا استعمال کیا جائے تو تسدد کی موجودگی کی نہایت آسانی کے ساتھ تصدیق کی جا سکتی ہے، اور اُس وقت تسدد کا ٹھیک مقام اور اُسکی وسعت بھی بتلائی جا سکتی ہے۔ اِن شعاعوں سے یہ بھی ظاہر ہو جائے گا کہ ضرر مری کے اندر ہے یا باہر سے دباؤ پڑنے کا نتیجہ ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷)۔ جب تسدد مری کے اندر واقع ہو تو پھر بھی سرطانی سلعہ، ندبی یا تشنجی تضیق، عطفات اندفواد کے عدم ارتخاء کے درمیان امتیاز کرنا ضروری ہے۔ مری بین کے ذریعہ راست معائنہ کرنا چاہئے۔ عدم ارتخاء کی حالت میں مری بہت متسع ہوتی ہے، لیکن رسولی کی صورت میں اتساع زیادہ نہیں ہوتا کیونکہ آخر الذکر حالت میں تسدد زیادہ حاد طور پر واقع ہوتا ہے۔ ایک بند پولی نلی جس کے اندر اُسے وزنی کرنے کے لئے پارہ بھر دیا گیا ہو مری کے اندر داخل کی جا سکتی ہے (Hurst)۔ رسولی کی حالت میں یہ نہیں گذریگی، لیکن عدم ارتخاء کی حالت میں عموماً گذر جائے گی۔ بڑے اور سخت عنقی غددلی موجودگی سے بھی رسولی کی تائید ہوتی ہے۔

انذار۔ یہ یکساں طور پر خراب ہوتا ہے۔ اگر تسدد دور بھی کر دیا جائے تو بھی خبیث رسولی تھوڑے ہی عرصہ میں آگے پھیل کر مہلک ثابت ہوگی۔ مدت حیات عموماً چھ سے بارہ مہینوں تک کی ہوتی ہے۔

علاج۔ اگر ایک چھوٹی جسامت والی شمعہ گذاری جا سکے تو ہر دوسرے یا تیسرے دن اُس کے استعمال سے راستہ کو کچھ عرصہ تک کھلا رکھا جا سکتا ہے۔ لیکن غذا کے لئے راستہ کو کھلا رکھنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ادخال انبوبہ اس طریقہ میں جو کہ کرشس ایبر (Krishaber) کا ایجاد کردہ ہے کچھ ترمیم کر لی جائے۔ ایک انبوبہ تضییق کے آرپار گذار کر اسے کئی دن تک یا مستقلاً علیحالہ رہنے دیا جاتا ہے اور مریض کو اسکی وساطت سے سیال غذا دی جاتی ہے۔ اگر یہ تدابیر ناقابل عمل ہوں تو نفوبہ معدہ (gastrostomy) کے عملیہ کے ذریعہ معدے کو کھول سکتے ہیں۔ بعض اوقات مری کی بالیدہ پر ریڈیم کے مقامی استعمال سے تضییق میں تخفیف حاصل کی جاتی ہے۔ عمیق لاشعاعوں کے استعمال سے اچھے نتائج حاصل ہوتے ہیں۔

325

ندبی تضیق

(cicatricial stricture)

اس میں بھی خاص علامت عسر البلع ہے۔ لیکن یہ سرطان سے اس امر میں مختلف ہوتا ہے کہ یہ ایک خاص درجہ سے ترقی نہیں کرتا، اور اس کے سوا کہ اس کے اوپر کی انبوبہ کا اتساع ہوتا ہے، کوئی دوسرا ثانوی اثر پیدا نہیں کرتا۔ اس اتساع کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ غذا ضیق کے مقام سے اوپر اکثر مجتمع ہو جاتی ہے اور کچھ عرصہ کے بعد واپس نکل آتی ہے۔

تشخیص۔ مری بینی کے ذریعہ متعین کی جاتی ہے۔

علاج میں کامیابی کا کافی موقع ہوتا ہے بشرطیکہ مجس یا پارے کی نلی تضیق کی راہ سے معدے کے اندر داخل کی جا سکے۔ اُسے باقاعدگی کے ساتھ دن میں ایک یا دو بار استعمال کرنا چاہیئے، اور رفتہ رفتہ زیادہ بڑے بڑے آلات گذارنے کی کوشش کرنی چاہیئے۔ ممکن ہے کہ مایع غذا کی ہمیشہ ضرورت پڑے۔ ناموافق اصابتوں میں تفوئیہ معدہ کا عملیہ مناسب ہوتا ہے۔

تشنجی تضیق

(spasmodic stricture)

درحقیقت یہ ایک بالکل عام حالت ہے، اگرچہ عموماً اس بات کا صحیح اندازہ نہیں کیا جاتا۔ نگلنے میں دقت ہوتی ہے، اور ساتھ ہی حلق اور سینہ میں ضیق کا ایک دردناک احساس (سوزش سینہ) ہوتا ہے۔ یہ تشنج لاشعاعوں سے پہچانا جا سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۰۱ ب)۔ ممکن ہے کہ وہ سوءالہضمی علاماتی مخلوط کی ایک خصوصیت ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 333)، اور اس طرح سے بلع الہوا کے ہمراہ پایا جائے۔ درد غالباً مری کے اتساع کی وجہ سے ہوتا ہے جو اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے جیسا کہ لاشعاعی ترسیم سے ظاہر ہے، تشنج مطلق نہیں ہوتا بلکہ غیر شفاف کھانے کا کچھ حصہ تضیق کے پار نکل ہی جاتا ہے۔

علائیہ پلومر ونسن (Plummer-Vinson syndrome)۔ یہ ایک فعلی

الف۔ مریوی عطفہ بیریم کھانے کے بعد۔ (شعاع نگاشت لنڈے لاک نے لی ہے)

ب۔ سوزش سینہ میں ترچھے طور پر دیکھنے پر مری کی شعاع نگاشت۔ مری ہوا سے متمدد ہے اور بالائی اور زیرین دونوں سروں پر تشنج موجود ہے۔ (ڈبلیو۔ ڈبلیو پین :W. W. Payne اور ای۔ پی۔ پولٹن E. P. Poulton: (2)–)

عسر البلع ہے، جو ایسے مریضوں میں ہوتا ہے جن کو ثانوی عدم دمویت اور بعض اوقات تضخم الطحال کی شکایت ہوتی ہے۔ ناخن اکثر اوقات چمچہ نما ہوتے ہیں۔ یہ تقریباً خالصتہً عورتوں میں ہوتا ہے، اور اکثر مریض اپنے پورے دانت نکلوا چکے ہوتے ہیں۔ زبان صاف اور سرخ، اور بلعومی دیوار مجلّی ہوتی ہے۔ یہ حالت پہلے پہل پیٹرسن (Paterson) اور براؤن کیلی (Brown Kelly) نے ۱۹۱۹ء میں دریافت کی تھی (5)۔ تسدد بلعوم اور مری کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ نگلنے سے متعلق بلعومی عضلات کی کمزوری کی وجہ سے ہو، یا حلقیٔ بلعومی عضلہ کے مرتخی نہ ہوسکنے کی وجہ سے ہو۔ علاج کا مقصد عدم دمویت کو اور شمعات گذار کر عسر البلع کو شفا دینا ہے (6)۔

فواد کا عدم ارتخاء

(achalasia of the cardia)

(شنج الفواد = cardio-spasm) (تمدد مری = œsophagectasia)
(مری کا خود رو اتساع = idiopathic dilatation of the œsophagus)

دیوار مری کا زیریں ۲ یا ۳ انچ، جو اکثر امتحانات بعد الممات میں مرضی حالت میں اور اوپر کی دیوار سے قدرے زیادہ موٹا نظر آتا ہے، فوادی عضلۂ عاصرہ ہے۔ 326 زندگی کے دوران میں فواد اپنے طولی اور مدور ہر دو قسم کے عضلی ریشوں کے انقباض سے بند ہوتا ہے۔ ہر دودی حرکت کی موج کے آگے وہ ڈھیلا پڑ جاتا اور بالآخر پھر مضبوطی کے ساتھ منقبض ہو جاتا ہے، اور غالباً اس عمل کے دوران میں معدے کے اندر قدرے منفعد ہو جاتا ہے (7)۔ نگلنے کے بعد حرکت دودی مری کے بالائی سرے سے کسی قدر آہستہ آگے بڑھتی ہے گرچہ سیال غذا ایک دم نیچے چلی جاتی ہے۔ چنانچہ قبل اس کے کہ عضلۂ عاصرہ ڈھیلا ہو، سیال کا بیشتر حصہ چند ثانیوں تک اس کے اوپر رکا رہتا ہے۔

امراضیات۔ فواد کے عدم ارتخا (15، 16) یا شنج الفواد کی حالت میں فواد بند رہتا ہے۔ لیکن جس مضبوطی کے ساتھ وہ بند رہتا ہے وہ مختلف اشخاص میں اور مختلف اوقات پر مختلف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مجس ڈالنے میں وہ مطلق مزاحم نہ ہو، یا ممکن ہے اس کی مزاحمت ایسی ہو کہ اس پر غلبہ نہ حاصل ہو سکے (8)۔ یہ پایا گیا ہے کہ آوْرباخ کا

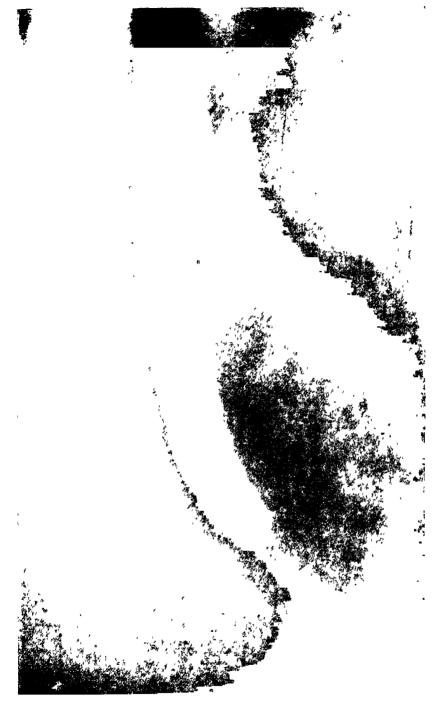
ضفیرہ جو طولی اور مدوّر عضلوں کے درمیان واقع ہے ملتہب ہو جاتا ہے، اور زیادہ عرصہ کی اصابتوں میں تلف ہو جاتا ہے (9)۔ ابتدائی درجوں میں مری کے شلول حصے سے اوپر عضلی طبقہ بیش پرورہ ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ غذا کامیابی کے ساتھ فواد کے آر پار گذر جاتی ہے اور کوئی علامات ظاہر نہیں ہوتے۔ بعد میں اتساع مختلف درجہ کی بیش پرورش کے ساتھ واقع ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مری کے مخاطی طبقہ میں بھی کچھ مزمن التہاب موجود ہو۔

ضفیرہ اوئرباخ غالباً عصب تائیہ کے لیے ایک بدل جو کی ہے، اور یاد رکھنا چاہیے کہ خرگوش میں عصب تائیہ کی تہییج کرنے سے فواد مرتخی ہو جاتا ہے۔ لہٰذا عدم ارتخا کے متعلق یہ سمجھنا چاہیئے کہ یہ مری کے زیریں سرے کا شلل تائیہ ہے جس سے عضلۂ عاصرہ حرکت دودی کی موجوں کے آگے بند رہتا ہے۔ چونکہ عصب مشارکی کے وہ ریشے جو عضلی ریشوں کو پہنچتے ہیں، غالباً صحیح وسالم رہ جاتے ہیں اور غالباً عضلۂ عاصرہ کا انقباض پیدا کر دیتے ہیں، لہٰذا یہ تعجب خیز نہیں کہ عموماً ایک حقیقی فوادی تشنج دیکھا جاتا ہے۔

فواد کا عدم ارتخا تشنک کے سبب سے ہو سکتا ہے، اور مطرانی ضیق (mitral stenosis) میں بھی ہوا ہے، جہاں قیاس ہوتا ہے کہ تسع بایاں اُذین عصب تائیہ کو دبا دیتا ہے۔ وہ معدی قرحہ اور سرطانی سلعہ کی حالت میں بھی واقع ہوا ہے۔ عموماً اُس کا کوئی ظاہر اسبب نہیں پایا جاتا۔

علامات۔ بعض اوقات اس کے مریضوں میں برسوں تک یہ شکایت ہوا کرتی ہے کہ نگلنے کے بعد انھیں حلق میں غذا کے چپک جانے کا احساس ہوتا ہے، شراسیف کے مقام پر حقیقی درد ہوتا ہے، غذا بازرو ہو جاتی ہے، یا ان کے بیان کے مطابق قے ہوتی ہے۔ یہ حالت اکثر بتدریج پیدا ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ ابتدائے تشنجی ہو، اور وقتاً فوقتاً عود کر آتی ہو۔ بسمتھ (bismuth) کی غذا لینے کے بعد لاشعاعی امتحان کیا جائے تو ظاہر ہوتا ہے کہ مری تسع ہو کر ایک تکلہ نما جسم بن گئی ہے، جس کا زیریں سر النسبۃً زیادہ چوڑا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۹ اور ۲۰)۔ ممکن ہے کہ یہ اتساع مری بین سے بھی نظر آجائے۔ مہلک اصابتوں میں مری کے عریض ترین حصے کا اندرونی محیط ۱۰ تا ۱۶ سینٹی میٹر (۴ تا ۶ انچ) ناپ تک پہنچ گیا ہے۔

ترچھے طور پر دیکھنے پر مری کی شعاع نگاشتیں جن میں مری کے الساعات اور فواد کا عدم انتخار بتایا گیا ہے۔ رجنبد ے کا تنگ حصہ فواد کے مدخل کے مقام پر ہے۔ فقری عمود کے سامنے کا سایہ دالیاڈایافرام ہے۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈ سے ناک کے لئے ہوئے صحفہ سے)

مالمفال صحہ 326

صحفہ ۱۹ سے امتیاز کرنے کے لیے ایک طبعی مری کی شعاع نگاشت لی گئی ہے۔ ایک سریع تکشف منہ بھر بیریم کھانے کے دو تین سیکنڈ بعد کیا گیا اس وقت جبکہ ابھی فواد اتنا مرخی نہیں ہوا تھا کہ بیریم کو معدہ میں گر جانے دے فواد کا دوہرا سایہ یعنی پھندے پر بیریم کی تنگ دھاری اس لئے ہے کہ دوران تکشف میں فواد کا مقام بیریم کے عمود کے وزن سے بدل گیا تھا۔ (ڈبلیو۔ ڈبلیو مین اور ای۔ پی۔ پولٹن)

علاج۔ بعض اصابتیں مہلک ثابت ہوئی ہیں۔ دوسری اصابتوں میں مریضوں نے اس وقت کا ارتفاع مائع غذا سے، یا ٹھوس غذا کو نہایت احتیاط کے ساتھ چبانے سے کیا۔ اکثر پایا جاتا ہے کہ سیال استوانہ جب مری کے طول کے برابر پہنچ جائے تو وہ سیال سکوبی دباؤ کے زور سے عضلۂ عاصرہ کے آرپار اپنا راستہ نکال لیتا ہے، جس سے اس کا لیول کسیقدر گر جاتا ہے اور اس طرح کچھ غذا پہنچ جاتی ہے۔ بعض اصابتوں کا تدارک زیادہ مستعدی کے ساتھ اس طرح کیا گیا ہے کہ ایک پارے سے بھری ہوئی ربر کی نلی ہر کھانے سے پہلے معدے میں داخل کردی گئی ہے، یا ایک انبوبۂ مری کو معدے میں داخل کرکے اور سارے وقت علی حالہ رکھ کر مریض کو چار دن تک غذا دی گئی ہے۔ عسیر العلاج اصابتوں میں شکم کی راہ سے معدے کو کھول کر عضلۂ عاصرہ کا اتساع عمل میں لایا جاتا ہے۔

عطفے

(diverticula)

مری کی دیواروں میں جیبیں (pouches) پائی جاتی ہیں۔ اور ان کی تقسیم (۱) فشاری عطفوں (pressure diverticula) اور (۲) جرّی عطفوں (traction diverticula) میں کی جاتی ہے۔

۱۔ فشاری عطفے، اجسام غریبہ کے مغروز ہوجانے سے، یا دوسرے مقامی تضرر کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بظاہر عضلی طبقہ کمزور ہوجاتا ہے، اور مخاطی اور تحت المخاطی طبقات عضلی ریشوں کے درمیان سے باہر ابھر جاتے ہیں، چنانچہ عضلی ریشے عطفے کی پوشش میں حصہ نہیں لیتے۔ جب ایک بار ایسا ہوجائے تو اس تاچہ کے اندر غذا جمع ہوجاتی ہے، اور یہ تھیلی بتدریج بڑی ہوجاتی ہے یہاں تک کہ یہ ۳ یا ۴ انچ کے قطر تک پہنچ جاتی ہے۔ ۲۔ جرّی عطفے، جو عموماً کوئی علامتیں نہیں پیدا کرتے، پاس کے حصوں سے مری کے چپک جانے کی وجہ سے نمودار ہوجاتے ہیں؛ مثلاً متقیح یا تدرنی شعبی غدد کی وساطت سے، جس سے طبقات قیف نما صورت میں باہر کھنچ آتے ہیں۔ عطفوں کی شکل عموماً نیم کروی ہوتی ہے۔ وہ پیچھے، بلعوم اور مری کے مقام اتصال پر نہایت عام ہوتے ہیں، جب کہ وہ گردن کے دونوں طرف یا بعض اوقات

327

صرف بائیں طرف ہی بروز کرآتے ہیں۔ اس کے بعد دوسری عام ترین جلہ مری کے زیریں سرے کے قریب ہے (1) (صفحہ ۲۳ الف)۔

علامات یہ ہیں: عسرالبلع، غذا کی بازروی جس کے ساتھ اکثر اُچھو لگ جاتا ہے یا کھانسی ہوتی ہے، اور تاجیب کے اندر غذا کی تحلیل سے سانس میں بدبو آنا۔ غذا اتنی جمع ہوسکتی ہے کہ مری بالکل مسدود ہو جائے۔ عطفوں کی تشخیص بیریم نگلنے کے بعد لاشعاعوں کے ذریعہ سے کی جاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۸ الف اور ۲۳ الف) اور مری بین سے بھی ہوسکتی ہے۔

علاج۔ عملیہ کرکے جیب کا استیصال کرسکتے ہیں۔ خفیف اصابتوں میں منہ بھر کر پانی اندر لے کر اور ازاں بعد اس پانی کو بذریعہ بازروی باہر نکال کر جیب کو باقاعدگی کے ساتھ دھونا ممکن ہے۔

معدے کا امتحان

معدے کی وضع، مریض کی وضع کے ساتھ بدلتی رہتی ہے۔ انتصابی وضع میں معدہ کا فوادی سرِ اعظمی صدر کے اندر واقع ہوتا ہے، اور اس کا جسم اور بوابِ شکم کے اندر ہوتے ہیں۔ افقی وضع میں معدہ اور بھی پیچھے گر کر پسلیوں کے نیچے چلا جاتا ہے، اور شراسیف میں اس کا صرف بوابی حصہ رہتا ہے۔ معدے کے اندر ہمیشہ کسیقدر ہوا موجود رہتی ہے اور اس کی شناخت کا ذریعہ وہ کامل طبلی آواز ہے جو سامنے بائیں صدر کے زیریں حصے کا قرع کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ یہ رقبہ اوپر پیش قلبی اصمیت سے، اور پیچھے طحالی اصمیت اور ریوی گمگ سے محدود ہوتا ہے۔ معدے کے قرع سے جو آواز حاصل ہوتی ہے اُسے اس آواز سے تمیز نہیں کیا جاسکتا جو آنتوں کے اندر کی ہوا کے سبب سے ہوتی ہے، لہٰذا معدے کا خاکہ دریافت کرنے کے لئے یہ طریقہ کسی کام کا نہیں۔ معدہ کے متعلق حیرت انگیز امر یہ ہے کہ اس کی جسامت اور وضع میں بہت بڑے اختلافات واقع ہوسکتے ہیں تاکہ جن سے غذا کی تغیر پذیر مقداروں کے لئے گنجائش نکلتی ہے۔ دوسرے احشاء کی طرح معدے میں طولی اور مدور عضلی ریشوں کا

ایک نظام موجود ہوتا ہے، لیکن اس کے علاوہ اس میں ترچھے ریشوں کا ایک اندرونی نظام بھی ہوتا ہے جو مری کے مدوّر ریشوں سے نکل کر نیچے کے طرف معدے کے انحنائے صغیر کے برابر چلے جاتے ہیں اور اگلی اور پچھلی سطحوں پر ایک پنکھے کی طرح پھیل جاتے ہیں۔ یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ اس نظام کا تعلق انحنائے کبیر کے نیچے کے طرف ہونے والی اس حرکت سے ہے جو معدے کی بُری کے ساتھ ساتھ ہوتے تکتی ہے۔

معدے کا لاشعاعوں سے امتحان

اس کی وساطت سے معدے کی شکل، جسامت، اور حرکت پذیری کے متعلق قیمتی معلومات حاصل ہوتی ہے۔ مریض کو دلیہ یا دودھ روٹی کی غذا دی جاتی ہے، جس میں بسمتھ کے ایک جامد مالح کے ۲ اونس، جو بہتر ہے کہ آکسی کلورائڈ ہو، یا بیریم سلفیٹ کے ۴ اونس شامل ہوتے ہیں۔ پھر شعاعیں استعمال کی جاتی ہیں، اور اس سایہ سے جو کہ پردہ پر مشمول فلزی مالح کی وجہ سے گرتا ہے، معدے کی وضع اور جسامت ظاہر ہو جاتی ہے۔ لاشعاعوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ معدہ ایک انتصابی حصے اور ایک اُفقی حصے پر مشتمل ہوتا ہے، جن کو انحنا صغیر پر ایک زاویتی ثلمہ جدا کرتا ہے۔ فتحہ فوادیہ کے لیول پر ایک خیالی اُفقی خط، انتصابی حصہ کو دو میں تقسیم کرتا ہے۔ اوپر کے حصے کو، جس میں عموماً ہوا موجود ہوتی ہے، قعر، اور نیچے کے حصے کو جسم کہتے ہیں۔ اُفقی حصہ بوّابی دہلیز اور بوّابی قنال پر مشتمل ہوتا ہے۔ اثنا عشری کا پہلا حصہ معدے کے فعل کے اثنا میں کیموس (chyme) کو وصول کرتا اور کچھ مدت تک باقی رکھتا ہے، چنانچہ لاشعاعوں کے تحت وہ بھی معدے کی طرح ایک سیاہ سایہ ظاہر کرتا ہے، جس کی شکل اکثر مثلثی ہوتی ہے اور جس کا قاعدہ بواب کی طرف ہوتا ہے۔ اس حصے کو اثنا عشری کلاہ (duodenal cap) کہتے ہیں، اور اس میں اور معدے میں علٰحدگی واقع کرنے والی، بوّاب کی شفاف لکیر ہے۔ اس شفاف لکیر کے وسط میں وقتاً فوقتاً بوابی قنال دکھائی دیتی ہے، جو کیموس کی اُس مقدار کے لحاظ سے جو اسکے اندر سے گزر رہی ہو نسبتاً چوڑی یا تنگ نظر آتی ہے۔ عضلی انقباض کی دودی الحرکت موجیں جو جسم معدہ سے بواب تک واقع ہوتی ہیں، اور ان کے ہمراہ وہ تغیرات بھی جو کہ جسم معدہ اور بوابی دہلیز کی شکل میں واقع ہوتے ہیں، لاشعاعوں سے شناخت ہو جاتے ہیں۔

انتصابی وضعوں میں طبعی معدے کی اوسط وضع ایسی ہوتی ہے کہ انحنائے کبیر حرقفی عرفوں (یا ناف) سے بالکل نیچے ہوتا ہے اور انحنائے صغیر اس سے اوپر کو تاہم تندرستی کی حالت سے تجاوز ہوئے بغیر معدے کی وضع میں وسیع اختلافات ہو سکتے ہیں یعنی معدہ لمبا ہو کر نیچے بہت دور تک پہنچ سکتا ہے، اور اسے بعض اوقات گرا ہوا معدہ (dropped stomach) کہتے ہیں جو عموماً زیر تنشی (hypotonic) بھی ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۱، نیز صفحہ 340 پر شکل ۸۴)۔ یا ممکن ہے کہ وہ حرقفی عرفوں سے بالکل اوپر ہو اور اس صورت میں اسے بلیش تنشی (hypertonic) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۲)۔ افقی وضع میں جب کہ مریض پیٹھ کے بل لیٹا ہوا ہو، معدہ پیچھے گر کر ڈائفرام کے نیچے چلا جاتا ہے، اور اس طرح انتصابی وضع کے نسبت وہ اس وضع میں زیادہ بلند واقع ہوتا ہے۔ عمود الفقرات اکثر معدہ کو دو میں تقسیم کر دیتا ہے۔ یہ مشاہدہ میں آیا ہے کہ جذبہ کی وجہ سے، یا بیہوشی کے دورہ سے ذرا پہلے یا متلی پیدا کرنے والی (مثلاً ہینگ کی) بو کے بعد انتصابی وضع میں دیکھنے پر ممکن ہے معدہ کئی انچ گرا ہوا نظر آئے۔ اس کے برعکس جب موضوع کی بھوک تیز ہو جاتی ہے تو معدہ بیش تنشی ہونے کا رجحان رکھتا ہے (11)۔ معدے کی اوسط وضع ہر شخص کی جسمانی ساخت پر منحصر ہوتی ہے۔ جب جسم چوڑا اور چھوٹا ہو، یعنے جب سینہ کا گھیر جسمانی طول کے نسبت ۳ سنٹی میٹر زیادہ ہو تو معدے کی وضع اونچی ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 472) اور اس کے برعکس، جب سینہ کا گھیر دھڑ کے طول کے نسبت ۰ سنٹی میٹر کم ہو تو معدے کی وضع نیچی ہوتی ہے۔ بلند معدہ کیساتھ عموماً معدی رس کی بڑھی ہوئی ترشگی کا تلازم پایا جاتا ہے (12)۔ ایک ہی خاندان کے افراد، معدہ کے تخلیٰ کی مدت، اور امتحانی غذائی منحنی کی قسم میں باہم مماثلت ظاہر کرتے ہیں۔

معدے کا کوئی لاشعاعی امتحان مکمل نہیں ہوتا تا وقتیکہ معدے کے تخلیٰ کی شرح دریافت نہ کی جائے۔ غذا کھانے کے دو، چار، اور آٹھ گھنٹے کے بعد مریض کا امتحان کیا جاتا ہے یہ دیکھنے کے لئے کہ آیا اب بھی معدے میں کوئی سایہ باقی رہ گیا ہے۔ معمولی طور پر معدہ چار گھنٹوں میں خالی ہوتا ہے۔ چھوٹا بیش تنشی معدہ اکثر دو گھنٹوں میں خالی ہو جاتا ہے۔ اگر آٹھ گھنٹے کے بعد بھی معدے کے بیشتر مافیہ موجود ملیں تو یہ بوابی ضیق (pyloric stenosis) کی دلالت ہے۔ دیکھا جائے گا کہ یہ اوقات اُن اوقات سے

کسیقدر زیادہ ہیں جو کسری امتحانی غذائی طریقہ کے ذریعہ حاصل ہوتے ہیں۔

معدے کے مافیہ کا امتحان

قئے کے امتحان سے، اور دوران ہضم میں معدے کے اندر سے مصنوعی طور پر نکالے ہوئے مائعات کے امتحان سے ہم یہ جاننے کی کوشش کرتے ہیں کہ مرض کی مختلف اقسام میں اور خاص کر ہضم کے مزمن فسادات میں، ترشوں، پیپسین (pepsine)، یا معدے کی حرکی قوتوں کی قلت کیا حصہ لیتی ہے۔

قئے۔ اگر مریض کو استفراغ ہو جائے تو مائع کی مقدار، رنگ و بُو، اور قوام کو نوٹ کرنا چاہئے۔ حال ہی میں لی ہوئی چیزیں (مثلاً طیران پذیر روغن یا الکحل) بُو میں ترمیم کر دیتی ہیں۔ مائع بے رنگ، یا مختلف درجہ کے بھورے رنگ کا، یا صفرا کے لون سے زرد یا سبز، یا خون سے گلابی یا سرخ رنگ کا ہو سکتا ہے۔ خون معدی رس کے تماس سے اکثر تبدیل ہو جاتا ہے، اور اس کے نتیجہ کے طور پر سیاہ بھورا اور غیر شفاف ہو جاتا ہے، اور دُرد قہوہ سے مشابہ ہوتا ہے۔ قوام میں قئے پانی جیسی، یا مخاط کی وجہ سے کم و بیش لزج ہوتی ہے، یا وہ کف دار ہوتی ہے۔ نیم ہضم شدہ، یا ناہضم شدہ غذا کی موجودگی کو دیکھنا چاہیئے۔

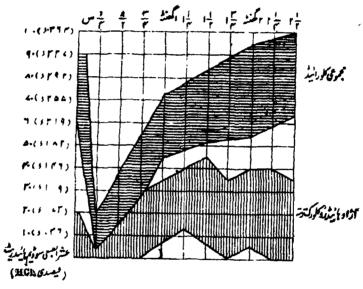
خردبین سے دیکھنے پر حیوانی اور نباتی باقیتیں شناخت ہو سکتی ہیں، جیسے کہ عضلی ریشے، سیلولوس، نشاستہ کے ذرات، روغن کے قطرے، خون کے سرخ جسیمات، سپید خلیے اور کثیر التعداد خرد عضویے، بالخصوص ٹارولی (torulæ) اور نبقات حزمیہ (sarcinæ) اور بعض اوقات عُصیّہ آپلر بوآس (Oppler Boas bacilli)۔ کیمیائی امتحان کے لیے قئے شدہ سیال کو باریک ململ میں سے چھانا جائے، اور اُن کاشفات کے ذریعہ سے جو ابھی بیان کئے جائیں گے چھنے ہوئے حصہ کا امتحان کیا جائے۔

امتحانی غذا۔ معدے کے افعال ایک امتحانی غذا دینے سے اس سے زیادہ صحیح طور پر معلوم کئے جا سکتے ہیں کہ جتنے قئے کا امتحان کرنے سے۔ اس کے دو طریقے مستعمل ہیں:۔

(۱) آیوالڈ کا امتحانی ناشتہ۔ پہلے معدے کو دھو ڈالتے ہیں، یا غذا جو ۲ یا ۲½ اونس روٹی یا توسٹ (toast) اور ۱۰ اونس ہلکی چائے پر مشتمل ہوتی ہے صبح کے وقت خالی پیٹ

دیجاتی ہے۔ ایک گھنٹہ کے وقفہ کے بعد معدے کے مافیہ کو نکال کر ان کی تقطیر کرلی جاتی ہے۔ مقطر شدہ حصہ کے دو نمونے لئے جاتے ہیں اور انھیں بذریعہ تبخیر خشک کرکے اور سوڈیم کاربونیٹ ملاکر اور بغیر ملائے ان کی ترمید کیجاتی ہے۔ اس سے مجموعی کلورین کا اور اس کلورین کا جو فلزی کلورائڈ کے طور پر ممزوج ہے، ارتکاز حاصل ہوجاتا ہے۔ پھر $AgNO_3$ (سلور نائٹریٹ) استعمال کرکے وول ہارڈی معایرتیں (Volhard titrations) عمل میں لائی جاتی ہیں۔ مجموعی کلورین اور فلزی کلورین کے درمیان جو فرق پایا جاتا ہے اس سے "فاعلی ہائڈروکلورک ایسڈ" کی مقدار معلوم ہوجاتی ہے، یعنی اس ہائڈروکلورک ایسڈ کی جو آزاد ہے اور اس ہائڈروکلورک ایسڈ کی جو پروٹین کے ساتھ ممزوج ہے۔

(۲) کسری امتحانی غذا (Fractional test meal)۔ صبح کے وقت ناشتہ سے پہلے ایک چھوٹے سوراخ والی ربر کی نلی، جس کے سرے میں چھید ہوں، معدے کے اندر داخل کی جاتی ہے، اور ایک پچکاری کے ذریعہ سے معدے کے مافیہ "سکونی رس = "resting juice") نکال لئے جاتے ہیں۔ پھر حسب ذیل غذا دی جاتی ہے:۔ ناشتہ کی جئے کا آٹا دو ٹیبل اسپون (یعنی بقدر ۱ اونس) ایک کوارٹ (۱/۴ گیلن) پانی کے ساتھ یہاں تک ابالا ہوا کہ اس کا حجم ایک پنٹ رہ گیا ہو اور پھر اسے ململ میں سے چھان لیا گیا ہو۔ ہر پاؤ پاؤ گھنٹے کے بعد معدی مافیہ کے تقریباً دس دس سی۔سی کے نمونے باہر نکال لئے جاتے ہیں، یہاں تک کہ معدہ خالی ہوجائے۔ مخاط، صفرا، خون، نشاستہ اور ڈیکسٹروز کی موجودگی نوٹ کی جاتی ہے۔ عشر الطبعی سوڈیم ہائڈریٹ کے ذریعہ ان نمونوں کی معایرت اس طرح کی جاتی ہے کہ اس کے لئے ڈائی میتھل (dimethyl) کو بطور نمائندہ استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ معایرت جاری رکھی جاتی ہے یہاں تک کہ اس نمونہ کو فینال تھالین بھی قلوی ظاہر کرے۔ پہلی معایرت سے "آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ" ("free HCl") معلوم ہوتا ہے۔ اور قلی کی وہ مقدار جو فینال تھالین کو متغیر کرنے کے لئے درکار ہوتی ہے، "مجموعی ترشگی" ("total acidity") ظاہر کرتی ہے۔ مجموعی ترشگی اور آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ کے درمیان جو فرق حاصل ہوتا ہے وہ خاصہ مستمر ہوتا ہے۔ اگر دوسرے ترشے (جیسے کہ لیکٹک ایسڈ) موجود ہوں تو ممکن ہے کہ وہ بہت زیادہ ہوجائے۔ مجموعی کلورین کی تعیین یوں کیجاتی ہے:۔ ۵ ر، یا ایک سی۔سی مافیہ میں عشر الطبعی سلور نائٹریٹ

(0.1N AgNO$_3$) اور ایک سی سی مرتکز نائٹرک ایسڈ (conc.HNO$_3$) ملا دیں۔ اس آمیزہ کو گرم کریں تاکہ اگر پروٹین موجود ہو تو وہ مروّب ہو جائے۔ اب ایک سی۔سی الکحل آمیز کریں۔ الکحلی عشر الطبعی پوٹاسیم سلفوسائینٹ (0.1N KSCN) کے ذریعہ زائد سلور نائٹریٹ کی معائرت کریں اور اس کے لئے آئرن ایلم (iron alum) کا ایک قطرہ نمائندہ کے طور پر استعمال کریں۔ (یہ ایک ترمیم شدہ وول ہارڈی معائرت ہے)۔

شکل ۴۴۔ چھائیں دار رقبے ۰۔ فی صدی طبعی طلبا میں آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ (HCl) اور مجموعی کلورین (Cl) کی حدود کا نشان ظاہر کرتے ہیں (14)۔
س "سکونی رس"

کوئی کھانا دیئے بغیر ۵ ملی گرام ہسٹامین (histamine) کا اشراب کرنا' اور اس کے بعد معدی ماقیہا کا امتحان کرنا حال ہی میں رائج ہوا ہے۔ ایک الکحلی امتحانی غذا (۵۰ سی سی ۷ فی صدی الکحل کے) بھی استعمال کی جاتی ہے۔ الکحل میں ایک سی سی فینال تھالین ملائی جا سکتی ہے تاکہ تخلی کی مدت ناپی جائے۔

آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ اور مجموعی کلورین' دونوں کھانے کے شروع ہی سے

بڑھنے لگتے ہیں، لیکن ازاں بعد ہائڈروکلورک ایسڈ تو کم ہو کر گرنا شروع ہوتا ہے، اور مجموعی
کلورین برابر بڑھتی رہتی ہے یہاں تک کہ یہ ایک انتہائی نقطہ پر پہنچنے کا رجحان رکھتی ہے
(18)۔ معدی رس کی ترشگی پر اثر ڈالنے والے دوسرے عاملات یہ ہیں:۔ لعاب دہن
کی مقدار، اثنا عشری کے مافیہ کی بازروی اور معدی رس میں مخاط کی مقدار (یہ اس کو
تعدیل کردیں گے)۔ اور وہ سرعت کہ جس کے ساتھ معدہ خالی ہوتا ہے (یہ اسے بڑھا
دیں گے)۔ جب "آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ" موجود نہ ہو تو اس حالت کو **بے ترشگی**
(achlorhydria) کہتے ہیں، لیکن اس سے یہ مطلب کہ کوئی "فاعلی ہائڈروکلورک ایسڈ"
موجود ہی نہیں، یعنے معدے نے HCl کا کوئی افراز بالکل پیدا ہی نہیں کیا، ہرگز نہیں ہو سکتا، اور
اس لحاظ سے یہ اصطلاح کسیقدر مغالطہ پیدا کرنے والی ہے۔ "فاعلی ہائڈروکلورک ایسڈ"
دراصل مجموعی ترشگی کی قیمت کے ساتھ کسیقدر قریبی طور پر متناظر ہوتا ہے (13)۔ شکل
۴۴ میں ۔۔۵ فی صدی طبیعی طلبا میں آزاد HCl اور مجموعی کلورائڈ سایہ دار رقبوں کے اندر واقع
تھے۔ عموماً مجموعی ترشگی آزاد HCl کے نسبت تقریباً ۱۰ فی صدی زائد ہوتی ہے۔

نفسی اثرات HCl کے منحنی کو بہت کچھ بدل سکتے ہیں۔ مثلاً جب ایک طالب علم
کو تنویم کے تحت متلی کا احساس پیدا کرا دیا گیا تو اس احساس سے معدے کے خالی ہونے
میں تاخیر ہو گئی، اسی طرح بھوک کے احساس سے معدہ بہ سرعت خالی ہو گیا، جو بلاشبہ
تحرکی فاعلیت بڑھ جانے کی وجہ سے واقع ہوا۔ یہ ان لاشعاعی مشاہدات سے جو
اوپر بیان کئے گئے تھے مطابقت رکھتا ہے۔ شدید عضلی ورزش اور گرم غسل HCl
کا افراز کم کرنے والے اور معدے کے خالی ہونے میں تاخیر کرنے والے پائے گئے ہیں۔
ہلکی ورزش، جو محبوب دوستوں کی معیت میں کی جائے اس کے برعکس اثر پیدا کرتی ہے
(20)۔ سب سے زیادہ طاقتور معدی رس، جو ترشہ اور پیپسین ہر دو لحاظ سے طاقتور
ہو، اشتہا کے بعد اور گوشت کھلانے کے بعد مفرز ہوتا ہے (18)۔ شحم کھلانے سے
افراز اور تحرک دونوں کا امتناع ہو جاتا ہے، بالخصوص اگر شحم نا سیر شدہ ہو (19)۔
جسم معدہ کے قرحہ کے ہمراہ کوئی ممیز منحنی نہیں پایا جاتا۔ لیکن اثنا عشری اور بوابی قرحہ
کی حالت میں (شکل ۴۵) اکثر معدے میں نہایت ترشئی سکونی رس ہوتا ہے، اور
آزاد HCl میں جو کمی غذا کے ساتھ ترقیق ہونے کی وجہ سے ہو جاتی ہے اس کے بعد

HCl کا مافیہ بسرعت بڑھتا رہتا ہے یہاں تک کہ ساری غذا معدے سے چلی جاتی ہے، جس کی تعیین نشاستہ کے غائب ہو جانے سے ہوتی ہے۔ اِس نقطہ کے بعد معدی رس کا افراز پھر بھی ہوتا رہتا ہے (بیش افراز)۔ ممکن ہے کہ معدہ خود کو نہایت سرعت کے ساتھ خالی کردے ("اثنا عشری عجلت" = "duodenal hurry")۔ بوّابی ضیق کی حالتوں میں (شکل ۴۶) غذا معدے کے اندر طویل عرصہ تک رہتی ہے، جیسا کہ نشاستہ کی مسلسل موجودگی سے ظاہر ہوتا ہے۔

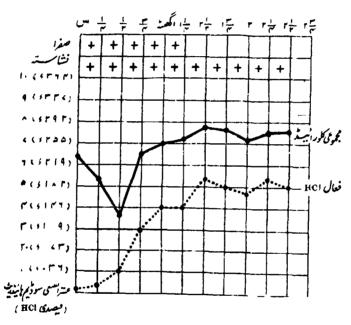
جوں جوں معدی رس کا افراز زیادہ ہوتا جاتا ہے، HCl کا ارتکاز بھی بڑھتا جاتا ہے۔ متلف عدم دمویت (pernicious anaemia) کی حالت میں امتحانی غذا (شکل ۴۷ میں بتلائی گئی ہے۔ اِس میں آزاد HCl اور مجموعی کلورائڈ کی کمی مزمن التہاب معدہ (جس کا بیان ملاحظہ ہو) کے باعث ہوتی ہے۔ معدی سرطانی سلعہ (جو ملاحظہ ہو) کی بعض اصابتوں میں بھی ایسا ہی نتیجہ حاصل ہوتا ہے، کیونکہ اس صورت میں بھی مزمن معدی التہاب موجود ہو سکتا ہے۔

شکل ۴۵۔ اثنا عشری قرحہ (duodenal ulcer) کی ایک اصابت جس سے یہ امور ظاہر ہوتے ہیں:- نہایت تیز ترشئی سکونی رس، غذا کے بعد بسرعت بلند ہو جانے والا منحنی، اور معدے کا جلد خالی ہو جانا۔ بالآخر ترشگی کا گر کر کم ہو جانا ایک حد تک اُس بازروی کے باعث ہوتا ہے جو اثنا عشری سے واقع ہوتی ہے۔

خون کے لئے کاشفات۔

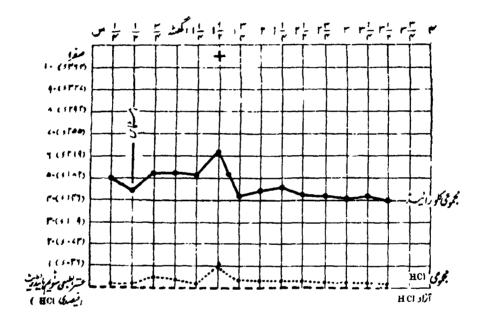
جب قے، یا معدی مافیہ میں خون کا اظہار شوخ سرخ رنگ کے خون یا دُردِ قہوہ کی حیثیت سے نہ ہو، تو ایسی صورت میں بھی وہ اتنی کافی مقدار میں موجود ہو سکتا ہے کہ کیمیائی کاشفات سے شناخت ہو جائے۔ لیکن اِس سے بھی زیادہ یہ اہم ہے کہ برازہ کے اندر مخفی خون کے لئے امتحان کیا جائے، کیونکہ معدی مافیہ میں خون کا ایک شائبہ تو ضرب

کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔

گوایاکم کے ذریعہ امتحان (Guaiacum test) - براز کو گلیشل ایسیٹک ایسڈ اور پانی کی مساوی مقدار میں ملا کر ایتھر کے ساتھ ہلایا جائے۔ ایک امتحانی نلی کے اندر اس ایتھری خلاصہ میں ٹنچر آف گوایاکم کے ایک یا دو قطرے اور پھر اوزونک الکحل (ozonic alcohol) (یعنے الکحل کے اندر ہائڈروجن پر آکسائڈ) کے ۲ سی۔سی آمیز کر دیئے جاتے ہیں

شکل ۴۶ - مزمن بوابی قرحہ کے باعث بوابی تسدد کی حالت، جو معدے میں غذا کا رکود (stasis) ظاہر کرتی ہے، نیز یہ کہ ہائڈروکلورک ایسڈ اور مجموعی کلورین کے منحنی بڑھ کر ایک مستمر لیول تک پہنچ گئے ہیں (13)۔

جس سے ایک شوخ نیلا رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ مخفی نزف کا ثبوت اسی وقت سمجھا جا سکتا ہے جب کہ مریض نے کم از کم اڑتالیس گھنٹے پیشتر سے کلوروفل (سبزی) اور خون شامل رکھنے والی غذاؤں یعنی گوشت اور سبز ترکاریوں سے پرہیز کیا ہو۔

تصدیقی کاشف کے طور پر یہ بھی مناسب ہے کہ ایتھری خلاصہ کا امتحان ایک طیف نما کے ذریعہ ایسڈ ہیماٹن (acid hæmatin) کی موجودگی کے لئے کیا جائے۔ ازاں بعد ایتھری خلاصہ ۳۰ فی صدی HCl کے ساتھ ہلا لیا جاتا ہے اور آبی خلاصہ کا طیف نمائی امتحان ایسڈ ہیماٹوپورفائرین (acid hæmatoporphyrin) کے لئے کیا جاتا ہے۔ اس شئے کی موجودگی کے یہ معنی ہیں کہ خون جسم کے اندر متغیر ہو گیا ہے اور

332

شکل ۷۴۔ متلف عدم دمویت (pernicious anæmia) کی حالت جو آزاد HCl کی غیر موجودگی، ترشگی کی کمی (اور غالباً فاعلی HCl کی کمی) اور مجموعی کلورین کی کمی ظاہر کرتی ہے (31)۔

یہ کہ وہ غذائی قنال میں بہت اوپر سے، یعنے معدے، چھوٹی آنت، یا قولون کے بالائی حصے سے آیا ہے (Ryffel)۔

خم پذیر معدہ بین (flexible gastroscope) تشخیص کے لئے حال ہی میں رائج ہوئی ہے (93)۔

سوء ہضم اور فعلی اختلالات

(DYSPEPSIA AND FUNCTIONAL DISORDERS)

سوء ہضم کی اصطلاح کا مفہوم یہ ہے کہ بالائی غذائی خطہ کے اُن افعال میں خلل واقع ہوگیا ہے جن کا طبعی تعلق نگلی ہوئی غذا کی تیاری سے اور غذا کے چھوٹی آنت میں بغرض انجذاب منتقل ہونے سے ہے۔ یہ فعلی اختلالات مختلف علامات پیدا کر دیتے ہیں جن میں غذا اسے پہلے یا بعد درد یا تکلیف کا ہونا سب سے زیادہ نمایاں ہے اور چونکہ یہ علامات اور ان کو پیدا کرنے والے فعلی اختلالات ہمیشہ لازم ملزوم ہوتے ہیں، مثلاً ہزال نخاع کے معدی بحرانات کے ساتھ معدے کی غیر معمولی حرکت ضرور پائی جاتی ہے، لہٰذا سوء ہضم کی اصطلاح کا استعمال محض ان علامات کو بیان کرنے کیلئے بھی کیا جا سکتا ہے۔ بلاشبہ معدہ ہی وہ عضو ہے جو نہایت عام طور پر ماؤف ہوتا ہے، لیکن جیسا کہ بعد میں بتلایا جائے گا، اس سلسلۂ علامات کے پیدا کرنے میں مری اور اثنا عشری بھی حصہ لے سکتے ہیں۔ "بدہضمی" ("indigestion") کی اصطلاح اکثر اس سے زیادہ وسیع معنوں میں استعمال کی جاتی ہے، یعنے سوء ہضم یا چھوٹی آنت میں قلت جذب ظاہر کرنے کے لئے، یا ان دونوں کے اجتماع کو ظاہر کرنے کے لئے جس سے "غیر ہضم شدہ براز" ("undigested stools") کی اصطلاح نکلی ہے۔ معدے کے دوسرے فعلی اختلال، جن پر اس باب میں بحث کی گئی ہے، اگرچہ بعض اوقات سوء ہضم کے ساتھ بھی موجود ہوتے ہیں، لیکن وہ اکثر بالکل الگ واقع ہوتے ہیں۔

سوء ہضم حاد

(acute dyspepsia)

حاد سوء ہضم، ناکافی طور پر چبائی ہوئی غذا، یا خاص طور پر خراش آور نوعیت کی غذا، یا حد سے زائد مقدار میں غذا کے لینے سے پیدا ہو سکتا ہے۔ کامل صحت کی حالت میں ہر شخص یہ غلطی کر سکتا ہے کہ وہ غذا کی اُس سے زیادہ مقدار کھالے کہ جتنی

اُس کا معدہ برداشت کرسکتا ہو۔ یا غذا کی معمولی مقدار کے ساتھ کوئی ایسی چیز جیسی کہ برف یا قہوہ، یا الکحلی مشروب زیادہ مقدار میں) کھالے کہ جو ہضم کے عمل میں سستی پیدا کردے، اور کل شدہ سب مقدار چند گھنٹوں تک معدے ہی میں پڑی رہے۔ یا غیر متوقع طور پر ہضم نہ ہوسکنا ممکن ہے کہ ماسبق عام خستگی کی وجہ سے ہو جس نے معدہ کو بھی متاثر کردیا ہو۔ مثلاً بلا ناغہ کئی کئی گھنٹہ تک چلنے یا بلندی پر چڑھنے کی شدید ورزش کے بعد ممکن ہے کہ معدہ ایک معتدل غذا بالکل ہضم نہ کرسکے۔

علامات۔ غذا لینے کے فوراً بعد یا چند ہی گھنٹوں کے بعد معدی خطے میں تمدد لو سبے آرامی کا احساس ہونے لگتا ہے، یا حقیقی درد ہوتا ہے۔ اگر وہ کھانا کہ جس سے شکایت پیدا ہوئی ہے رات کے وقت بہت دیر کرکے لیا گیا ہے، تو ممکن ہے کہ تھوڑی بے آرامی کے بعد مریض کو نیند آجائے، لیکن چند گھنٹوں کے بعد وہ معدے کی تکلیف سے جاگ اُٹھتا ہے، اُس کی زبان خشک ہوتی ہے اور شاید اُس کے سر میں درد ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ وہ کئی گھنٹوں تک جاگتا ہوا پڑا رہے۔ بعض اوقات قلب کے متزاد انکماشات کی وجہ سے پیش قلبی خطے میں ایک تیز پھڑپھڑاہٹ محسوس ہوتی ہے، یا منفرد متزاد انکماشات نسبتہً طویل ترو قفوں سے محسوس ہوتے ہیں۔ صبح کے وقت غذا کی رغبت نہیں ہوتی، زبان خشک اور فرداً اور جلد چپچپی ہوتی ہے۔ لیکن چند گھنٹوں کے عرصہ میں یہ علامات رفع ہوجاتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں قئے ہوکر شکایت نسبتہً جلد جاتی رہتی ہے، اور عموماً معدہ اپنے سارے مافیہ سے خالی ہوجاتا ہے، جو اگر ہضم ہوئے بھی تو ناکمل طور پر ہوتے ہیں اور اُن میں معدی مخاط ملی ہوئی ہوتی ہے۔ اِس سے درد میں اکثر فی الفور تخفیف ہوجاتی ہے۔ دوسرے موقعوں پر قئے مکرر ہوتی ہے، اور صفرا، جو اثنا عشر سے معدے کے اندر بذریعہ بازروی آگیا ہے، بعد کی قیئوں کے ساتھ نکل جاتا ہے۔ بعض اوقات بعد کے بارہ گھنٹوں کے عرصہ میں، آنتوں کے اندر غیر ہضم شدہ یا خراش آور مادہ آجانے کی وجہ سے، اُن کا فعل تیزی کے ساتھ ہوکر اجابتیں ہوجاتی ہیں۔

علاج۔ جہاں درد شدید ہو، اور اُس کا سبب ظاہر ہو، ایک قئے آور دوا مثلاً سال وولیٹائل (sal volatile) یا عرق الذہب (ipecacuanah) سے فوری آرام حاصل ہوسکتا ہے۔ اگر یہ اپنے عمل میں قاصر رہے تو معدے کے مافیہ ایک نلی کے ذریعہ سے

خارج کئے جا سکتے ہیں۔ نسبتہً خفیف ترا صابتوں میں اسیقدر کافی ہوتا ہے کہ نہایت تھوڑا سا برف پیاس بجھانے کے لئے دے دیں، اور معدے میں اور کوئی چیز صرف اس وقت داخل کریں جب کہ یہ تکلیف دہ علامات رفع ہو جائیں۔

333

مزمن سوءہضم

(chronic dyspepsia)

اوپر جو بحث کی گئی ہے وہ یہ ظاہر کرنے کے لئے کافی ہے کہ مزمن سوءہضم کوئی مرض نہیں بلکہ ایک سلسلۂ علامات ہے، جو بالائی غذائی خطے کے فعل کے اختلال سے پیدا ہو جاتا ہے۔

امراضیات۔ اس مسئلہ پر غور کرتے وقت دو سوالات کو الگ الگ رکھنا چاہیئے:۔ (۱) وہ کونسا عضو ہے جس کے افعال کا اختلال سوءہضم کا باعث ہوتا ہے، اور کس طرح یہ اختلال علامات پیدا کر دیتا ہے؟ (۲) وہ کونسا ضرر ہے جو اس اختلال پیدا کرتا ہے؟

موجودہ زمانہ میں یہ دریافت کرنا کہ علامات کس عضو میں پیدا ہو رہی ہیں ایک نسبتہً آسان امر ہے۔ درد کی علامت کے متعلق نہایت کامل طور پر تحقیقات ہو چکی ہے (7)۔ جب وہ شراسیف میں خوب اوپر قصِ خنجری کے قریب یا عظم القص کے پیچھے محسوس ہو تو وہ مری سے پیدا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۸۱ اب اور صفحہ 325)۔ تحت القصی مریوی درد کی تفریق درد قلب سے اس طرح کی جا سکتی ہے کہ مریض سے نگلنے کی حرکت کرائی جائے۔ پیدا شدہ حرکت دودی کی موج جو ۱ انچ فی سیکنڈ کی شرح سے مری میں نیچے کی طرف پھیلتی ہے مریوی درد میں ایک لمحہ کے لئے تخفیف پیدا کر دیتی ہے، لیکن اگر یہ درد بہت خفیف ہے تو ممکن ہے کہ یہ موج اس میں شدت پیدا کر دے۔ نگلنے کا فعل درد قلب میں کوئی فرق نہیں پیدا کرتا، لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ درد کی یہ دونوں قسمیں بہت عام طور پر لازم ملزوم ہوتی ہیں۔ معدہ کا درد شراسیف پر محسوس ہوتا ہے، اور یہ غالباً مری کے درد کی نسبت ذرا نیچے، اور بعض اوقات بائیں ضلعی حاشیہ کے برابر برابر، اور نہایت عام طور پر ناف کے گرد اگرد ہوتا ہے۔ اثنا عشری کا درد

تقریباً اسی لیول پر لیکن خطِ درمیانی سے ذرا دائیں طرف کو محسوس ہوتا ہے۔ معاء صائم (jejunum) کا درد غالباً ناف سے نیچے محسوس ہوتا ہے۔

حشائی درد (visceral pain) تجربتاً اس طرح پیدا کیا جا سکتا ہے کہ ایک حشاء کے اندر رکھی ہوئی ہوا کی تھیلی میں پھونک کر ہوا بھر دی جائے۔ یہ درد حشائی دیوار میں کی الم عصبی منتہاؤں کے کھنچ کر تن جانے کی وجہ سے ہوتا ہے (21، 22)۔ مری ایک ایسا عضو ہے جس کی تحقیقات نہایت کامل طور پر کی گئی ہے۔ مری کے اندر مذکورہ بالا جسم غریب کی موجودگی کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دودی الحرکت موجوں کا ایک سلسلہ اس کے نیچے تک گذر جاتا ہے۔ ہر بار جب کہ ایک موج تھیلی پر پہنچ کر اسے پچکا دیتی ہے، درد کم یا غائب ہو جاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ عضلہ منقبض ہو کر تھیلی کے قطر کو کم کر دیتا اور عصبی ساختوں پر پڑے ہوئے بار کو دور کر دیتا ہے، قطع نظر اس کے کہ اس انقباض سے ایک بلند "انکماشی" دباؤ پیدا ہو جاتا ہے۔ موج کے گذر جانے کے ساتھ ہی درد پھر ہونے لگتا ہے، کیونکہ دورانِ "انبساط" ("diastole") میں دیوار پھر تن کر کھنچ جاتی ہے۔ ایسی صورت میں درد غیر مسلسل یا "مروڑ" کا سا ہوتا ہے۔ ایک سادہ عضلہ کے تناؤ کی تعریف یہ کی گئی ہے کہ یہ اس کا وہ تناؤ ہے جو کہ دورانِ انبساط میں ہوتا ہے اور وہ درد جو تجربتاً پیدا کیا جاتا ہے اس تناؤ کے بڑھ جانے کے ساتھ وابستہ ہے۔ اگر ایک نہ پچکنے والی آبی تھیلی استعمال کی جائے تو درد مسلسل اور نہایت شدید ہوتا ہے کیونکہ حرکت دودی کی موج اپنے ممر میں رک جاتی ہے۔ یہ درد ایک حد تک تو مسلسل کھنچاؤ کے باعث ہوتا ہے، لیکن اس منطقہ کے اندر کی عصبی ساختوں پر بار کی وجہ سے بھی ہوتا ہے، جو کہ تھیلی سے اوپر انکماشی طور پر منقبض عضلہ کے، اور اس سے نیچے کے اس عضلہ کے درمیان ہے جو کہ ہم ابعادی طور پر منقبض اور اسی لئے اب تک تھیلی سے تنا ہوا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ درد ہر حرکت دودی کے ساتھ بد سے بدتر ہو جاتا ہے۔ یہ تجربہ اس دردناک تشنج کا قائم مقام ہے جو قنات کے اندر سنگہائے صفراء یا سنگ گردہ کی موجودگی کے ساتھ وابستہ ہے۔ کھوکھلے احشاء میں بڑا ہو جانے کی یعنی (شیرنگٹن کی اصطلاح میں) اپنی "وضع" یا "گینڈا" ("posture") بدلنے کی بڑی طاقت ہوتی ہے، اور اگر کوئی جسم غریب ایسا ہو کہ وہ ابتداءً علامات پیدا کر دے، تو اس کا یہ علامات

پیدا کرنا اُس وقت موقوف ہو جاتا ہے جب کہ عضو اپنے ریشوں کی تطویل یا جدید ترتیب کے ذریعہ اتنا کافی بڑا ہو جائے کہ وہ بدون کھنچے ہوئے اُس جسم غریب کو اپنے اندر گرفت کر سکے۔ لیکن یہ عمل صرف کسیقدر تدریجاً ہی واقع ہو سکتا ہے۔ اسیواسطے کسی ریشے کی وضعی تطویل میں اور اُس کے اِس کھنچاؤ میں فرق کرنا چاہیئے جو کہ درد پیدا کرتا ہے۔ خراشِ مقابل کا طریق عمل بالخصوص یہ ہے کہ وہ کینڈے کی زیادتی معکوس طور پر پیدا کرتی ہے۔

ڈوبنے یا خلو کا احساس معدے میں پیدا ہوتا ہے۔ سینہ میں کُرہ یا ہوا کے گولے کا احساس مری میں پیدا ہوتا ہے۔ اور متلی کا احساس، جو حلق کی پشت اور اُس کے زیریں حصے میں محسوس ہوتا ہے، مری کے بالائی حصے کے معکوس اختلالات کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ یہ احساسات نوعی منتہائی اعضا کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو اس سے پست تر درجہ کے تناؤ کا ردِ عمل ظاہر کرتے ہیں بہ نسبت جتنے درجہ کا المی عصبی منتہا ئیں ظاہر کرتی ہیں۔ لیکن جیسے جیسے تناؤ بڑھتا جاتا ہے، ان احساسات پر درد کا احساس غالب آجاتا اور ان کی جگہ لے لیتا ہے، جیسا کہ جسم میں دوسری جگہ بھی واقع ہوا کرتا ہے۔ پُری کا احساس دیوارِ شکم کی توسیع کے باعث ہو سکتا ہے۔

334

پانی کی ایک چھوٹی تھیلی کے ذریعہ سے عمل میں لائے ہوئے مشاہدات سے جو کہ مریضوں پر دورانِ احساسِ درد میں کئے گئے، ایک سلسلۂ انقباضات کی موجودگی ظاہر ہوئی۔ یہ انقباضات مری، معدے، اثنا عشری یا صائم میں دیکھے گئے۔ مزید برآں حشاء کے اندر کا انبساطی دباؤ بھی بڑھا ہوا تھا، اگرچہ اس زیادتی کی مقدار مختلف مریضوں میں مختلف تھی۔ انقباضات کا رجحان درد کو کم کر دینے کا تھا، اور یہ درد ایک مریض میں بعد کے عضلی ارتخاء کے دوران میں محسوس ہوا جب کہ حشاء کے بڑھے ہوئے انبساطی دباؤ کی وجہ سے المی منتہاؤں کا کھنچاؤ واقع ہو گیا۔ گویا مصنوعی طور پر پیدا کئے ہوئے درد، اور قدرتی طور پر پیدا ہونے والے درد کے درمیان بہت بڑی مشابہت پائی گئی۔ مزید برآں مختلف احشاء کے درمیان نہایت قریبی تعلق مشاہدے میں آیا۔ معدے کو ہوا سے پھلانے سے مری میں بھی اوپر سے نیچے کے رُخ دودی الحرکت موجیں پیدا ہو گئیں (معدی مریوی منعکس بازروی معکوسہ)۔ ایک مریض میں جسے آلام الجوع تھے، معدے کے

انقباضات کے تقریباً ایک ثانیہ کے بعد اثنا عشری میں بھی ویسی ہی موجیں پیدا ہو گئیں۔

سوء ہضم کا درد دیوار کی عصبی المی منتہاؤں کے کھنچاؤ کے باعث ہوتا ہے جسکی تطبیق دوسرے مشاہدات سے ہوتی ہے کہ سوء ہضم اکثر معدے کو خالی کرنے کی ناکام کوششوں کا نتیجہ ہوتا ہے (24)۔ یہ بالکل ممکن ہے کہ بعض حالتوں میں تکان کے باعث عضلہ غیر معمولی طور پر تمدد پذیر ہو جائے، اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ المی منتہاؤں کا کھنچاؤ نسبتہً پست تر انبساطی دباؤ کے تحت واقع ہو جائے۔ لیکن جہاں دباؤ زیادہ ہو وہاں عضلات عاصرہ کی ہمزماں مسدودی بھی واقع ہونی چاہیئے، ورنہ مافیہ خارج ہو جائیں گے، اور یہ بہت ممکن ہے کہ سوء ہضم کے علامئیہ کا اولی انحصار ذیل کی دو علامات میں سے ایک پر ہو:۔ عضلی دیوار کی غیر معمولی تمدد پذیری۔ یا عضلات عاصرہ کی مسدودی یا تشابدان کا عدم ارتخاء۔ ممکن ہے کہ عضلات عاصرہ کے علاوہ دوسرے مقامات، مثلاً مری یا اثناء عشری میں، یا معدے کے انحنائے کبیر پر محدود المقام انقباضات (تشنجات) پیدا ہو جائیں۔ معدے میں کا درد عموماً دو قسم کا ہوتا ہے۔ وہ غذا کے تھوڑی دیر بعد ہو سکتا ہے، یا چند گھنٹوں کے بعد اس وقت ہوتا ہے جب کہ معدہ غذا سے خالی ہوتا ہے، یعنی نام نہاد الم الجوع۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ ان قسموں کے درد کیساتھ دو اہم عاملات پائے جاتے ہیں، جو دونوں کے دونوں دیوار کا کھنچاؤ پیدا کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ وہ یہ ہیں:۔ (۱) بلع الہواء جو بالکل بلا ارادہ ہو سکتا ہے، اور (۲) معدی غشائے مخاطی سے دیر تک افراز ہوتا۔ فی الحقیقت یہ عاملات تعویضی سمجھے گئے ہیں، کیونکہ بلع الہواء دباؤ کو زیادہ کر دیتا اور اس طرح معدے کے خالی ہونے میں ممد ہوتا ہے۔ اور افراز کا دیر تک ہوتے رہنا کسی مضرت رساں شئے کے لئے ایک مرقق (diluent) کی طرح عمل کرتا ہے، اسی طرح جس طرح دہن میں ہونے والی خراش ریقی افراز کثرت پیدا کر دیتی ہے (24)۔

اب تک ہم نے ہائڈروکلورک ایسڈ کے متعلق کوئی غور نہیں کیا کہ آیا یہ بھی درد کے پیدا کرنے میں کوئی حصہ لے سکتا ہے یا نہیں۔ ۵ د۔ فی صدی HCl کے ۲۰۰ سی سی معدی نلی کے ذریعہ دینے پر معدی قرحہ کی بجیبت ۳۵ مریضوں میں درد کی صورت میں اور ۲۴ مریضوں میں بلا درد کے ہوئی۔ اثنا عشری قرحہ کے لئے ایسے اعداد ۱۳ اور

۶۴ تھے۔ مزید برآں ان اصابتوں میں بھی درد ہوا کہ جن میں ضرر معدہ سے بہت دور تھا (17)، لیکن ان اصابتوں میں التہاب المعدہ کو خارج از بحث نہیں کیا جا سکتا تھا۔ ترشہ سے جو درد پیدا ہوتا ہے، وہ شاید معدہ کا تناؤ بڑھ جانے سے پیدا ہوتا ہے۔

سوءِ ہضم کی متلی یا پُری کا احساس یاد، ومکن ہے کہ معکوس طور پر قئے یا اُبکائیاں پیدا کردے، جو غذائی خطے کے بالائی حصے کے لئے اپنے ما فیہ خارج کرنے کا سریع ترین اور محفوظ ترین طریقہ ہے۔ یہ ڈھانچہ کے مختلف عضلات کے قوی انقباضات کی وجہ سے ہوتا ہے، جن سے معدے کے ما فیہ مری کی راہ سے اور دہن میں سے ہوکر بزور خارج ہو جاتے ہیں۔ بالغوں میں قئے عموماً ایک نہایت دردناک فعل ہوتا ہے۔ لیکن یہ درد غالباً اس وجہ سے ہوتا ہے کہ معدے کے ما فیہ ایک مسدود فوادیں سے بزور خارج کئے جاتے ہیں۔ قئے بجائے خود بلا درد ہوتی ہے، جیسا کہ خود راقم الحروف نے ایک بار اُس وقت مشاہدہ کیا جب کہ اس نے ایک سخت تانا طیر کے سرے پر بندھی ہوئی تھیلی کو خود اپنی مری کے نیچے دھکیلنے کی کوشش کی۔ اس کے سوا کچھ نہیں ہوا کہ وہ شکمی انقباضات سے باہر نکل آئی۔ نہایت چھوٹے بچوں کی قئے اور ہسٹیریائی قئے بلا درد ہوتی ہے، اور اکثر یہی صورت حالات اُس وقت بھی ہوتی ہے جب کہ قئے درون جمجمی مرض کی وجہ سے ہو۔ انحنائے صغیر کے زیریں حصے کا تہیج قئے کے حرکات پیدا کر دیتا ہے۔ عضلاتِ شکم منقبض ہوتے ہیں اور معدہ بے حرکت رہتا ہے (11)۔ 335

(۲) مزمن سوءِ ہضم پیدا کردینے والے ضررات:—

(الف) خود معدہ ہی اولی سبب ہو سکتا ہے، یا تو اپنے عضلہ کی تنش کی کمی کے نتیجہ کے طور پر (اس حالت میں معدہ اکثر لٹک پڑتا ہے۔ ملاحظہ ہو صفحہ 339)، یا جلی عضوی مرض، جیسے کہ معدی قرحہ اور سرطان، اور بوابی ضیق، یا مزمن التہاب معدہ کے نتیجہ کے طور پر۔

(ب) سوءِ ہضم معکوس طور پر ان ضررات سے پیدا ہو سکتا ہے:— عضوی ضررت جو کہ فاصلہ پر واقع ہوں، نیز اثنا عشری قرحہ، مزمن التہاب زائدہ، سنگہائے صفرا اور مرارہ کے دوسرے ضررات، مزمن التہاب، حلبیہ ضررات گردہ، بالخصوص

حرکت پذیر گردہ اور سنگ گردہ۔ وہ قبض کے بعد ثانوی طور پر بھی ہو سکتا ہے۔ ہزال نخاع کے معدی بحرانات میں اولی ضرر پچھلی عصبی جڑوں میں ہوتا ہے۔ ذبحہ صدریہ (angina pectoris) ایک ثانوی سوءِ ہضم پیدا کر سکتا ہے (بالخصوص سوزش سینہ)۔ یہ امر کہ ان مثالوں میں سوءِ ہضم کی پیدائش معکوس طور پر ہوئی ہے، مشاہدات ذیل سے ظاہر ہوتا ہے۔ مزمن التہاب زائدہ میں زائدے کے رقبہ پر دست ورزی کرنے سے معدے کے انحنائے کبیر کا ایک محدود المقام تشنج پیدا ہوگیا۔ ایسا ہی تشنج عملیہ کے وقت ایک اثنا عشری قرحہ کی بار یطونی سطح کی برقی ہیج سے پیدا ہوگیا (11)۔ سنگہائے صفرا سے یرقان کے ایک مریض میں شراسیفی درد معدی حرکات کے ساتھ وابستہ پایا گیا۔ ایک مزمن طور پر ملتہب زائدہ کی دست ورزی کرنے پر معکوس تحت القصی درد دیکھا گیا (25)۔

(ج) سوءِ ہضم نسبتہً زیادہ عام عوامل کے باعث بھی ہو سکتا ہے:۔ حمل، پروٹین غریبہ کے لئے حساسیت (ملاحظہ ہو صفحہ 138)، دماغی تشویش، حد سے زائد محنت اور دوسرے مضعف اثرات، جیسے کہ طویل علالت، بخار، عدم دمویت، مرض برائٹ، جو کہ معدے کی دیوار کی زیر تغذیگی پیدا کر کے یا اُس کے افراز میں مداخلت کر کے عمل کرتے ہیں۔ قلیل شکر دمویت، درد کے ساتھ بھوک کا احساس پیدا کر سکتی ہے۔ یہ امر کہ بعض اشخاص بلا کسی ظاہری سبب کے ساری عمر سوءِ ہضم میں مبتلا رہ سکتے ہیں، گذشتہ زمانوں میں اس خیال کا موجب ہوا کہ ایک سوءِ ہضم "بلا سبب" (dyspepsia "sine materia") بھی ہوتا ہے۔ لیکن ان مریضوں میں اگر غور کے ساتھ امتحان کیا جائے تو اغلب ہے کہ قطع نظر نمایاں عضوی مرض کے، کوئی نہ کوئی ضرر ضرور پایا جائے گا، خواہ یہ دیوار معدہ کی اس کمزوری کی شکل میں ہو جسے بے تنشی سوءِ ہضم (atonic dyspepsia) کا نام دیا گیا ہے، یا غشائے مخاطی میں نزفی تاکلات کی صورت میں ہو (24)۔ موجودہ راقم الحروف مزمن سوءِ ہضم میں خفیف نزف کی کثیر الوقوع موجودگی سے بہت متاثر ہوا ہے۔ راقم الحروف کے مریضوں کی غالب تعداد معدے اور اثنا عشری کے لاشعاعی مناظر میں کوئی صریح غیر طبعی حالت نہیں ظاہر کرتی، لیکن اجابتوں میں مخفی خون موجود ہوتا ہے اور وہ ہیماٹو پورفیرن کا طیف ظاہر کرتی ہیں۔ اور یہ اب

مزمن التہاب معدہ کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ ترشئی سوء ہضم (acid dyspepsia) کی اصطلاح ایک ہی مختلف الوقوع علامت یعنے کھٹی ڈکاروں کے طرف اشارہ کرتی ہے جن کے ساتھ معدی افراز میں کثرت حمض الملح کبھی ہوتی ہے کبھی نہیں ہوتی۔ عصبی سوء ہضم (nervous dyspepsia) کی اصطلاح عضوی عصبی مرض یا اختلالی دماغی حالتوں کا سوء ہضم بیان کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جیسے کہ عدم اشتہا اور متلی کے ہمراہ شراسیف کے مقام پر محسوس ہونے والی بے چینی اور ڈوبنے کا احساس جو کہ بعض نفسی عصبانی حالتوں کا ممیزہ خاصہ ہیں۔

عصبی عدم اشتہا (anorexia nervosa)۔ دماغی ماخذ کے اس مرض میں، جس کا ذکر گل (Gull) نے کیا ہے، مریضہ (جو کہ عموماً ایک نوجوان عورت ہوتی ہے) غذا لینے سے انکار کر دیتی ہے یا بہت کم غذا لیتی ہے اور لاغر ہو جاتی ہے۔ وہ بیان کرتی ہے کہ وہ بیمار نہیں ہے بلکہ ممکن ہے کہ وہ غیر معمولی چستی بھی ظاہر کرے۔ مرض کی ابتدا بہت سی مثالوں میں اس طرح ہوتی ہے کہ مریضہ اپنا جسم چھریرا رکھنے کی کوشش کرتی ہے۔ وہ اپنا وزن حد سے زیادہ گھٹا دیتی ہے، یہاں تک کہ خاندان والے فکر کرنے لگتے ہیں بلکہ اس کا پیچھا لیتے ہیں اور سرزنش کرنے لگتے ہیں، لیکن اس کا عام اثر یہی ہوتا ہے کہ وہ اور بھی زیادہ مستعدی کا اظہار کرتی ہے۔ ممکن ہے کہ تغذیہ کی کمی سے تدرن کی نوبت پہنچ جائے۔ علاج سختی کے ساتھ کرنا چاہئے، اور اس مقصد کے لئے بستر میں آرام وسکون اور ایک مجوزہ غذا دینی چاہئے، اور ایک خاص ممرضہ ہونی چاہئے تاکہ یہ یقین ہو کہ وہ غذا درحقیقت لی گئی ہے۔ سرکش یا ضدی مریضاؤں میں ممکن ہے کہ ناک کی راہ سے غذا پہنچانے کی ضرورت پیش آئے۔

سوء ہضم کی علامات، سبب مرض کے رفع کر دینے کے بعد ممکن ہے کہ کچھ عرصہ تک باقی رہیں۔ اس کی مثال ایک تجربہ سے ملتی ہے، جس میں مری کو ایک تھیلی سے پھلایا گیا تاکہ درد پیدا کیا جائے۔ عظم القص پر کی جلد الیم تھی اور پشت میں درد تھا۔ تجربہ ختم ہونے کے بعد یہ دونوں علامتیں چند گھنٹوں تک قائم رہیں، اور دوسرے دن معمولی سوء ہضم کا ایک شدید حملہ ہو گیا۔ غالباً مری کے عضلی ریشے خفیف طور پر متفرر ہو گئے تھے اور ان سے معکوس معدی اختلالات پیدا ہو گئے۔

علامات۔ یہ مختلف مریضوں میں مختلف ہوتے ہیں۔

درد۔ سوءہضم کا اظہار اکثر اوقات شرسیفی خطے میں درد سے ہوتا ہے، جو غذا لینے کے بعد شروع ہو جاتا ہے، اور کچھ عرصہ تک جاری رہکر بتدریج موقوف ہو جاتا ہے۔ یہ درد عموماً ناف کے گرد، اور بالخصوص اس سے ذرا اوپر، یا قص خنجری کے لیول پر یا بائیں ضلعی حاشیہ کے برابر برابر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عظم القص کے پیچھے محسوس ہو۔ اس درد کو وجع القلب (cardialgia) یا سوزش سینہ (heartburn) کہتے ہیں۔ اکثر یہ "پشت کے آرپار" جاکر شانوں کے درمیان محسوس ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ معدی درد شرمیں محول ہوکر درد آبرو پیدا کردیں۔ دوسری اصابتوں میں درد اس وقت شروع ہوتا ہے جب کہ معدہ خالی ہو، اور ادخال غذا سے اس میں آرام ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد کے بجائے صرف ایک تکلیف، ضیق، یا بُری کا احساس یا جی ڈوبنے کا احساس ہو۔ ممکن ہے کہ شدید درد کے ساتھ یا اس کے بعد اوپر کی جلد پر اوپری الیمیت موجود ہو، یا شکم کو دبانے پر عمیق الیمیت پائی جائے۔

ریحیت۔ اس کا وقوع بدہضمی کی تمام قسموں میں عام ہوتا ہے۔ معدہ پھول جاتا ہے اور ساتھ ہی بالائی شکم میں تکلیف ہوتی ہے اور ڈکار آنے سے درد میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ ریحیت کا سبب عموماً بلع الہوا سمجھا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 338)، لیکن بعض اوقات ریحیت جزءً اس CO_2 کی وجہ سے ہوتی ہے جو اثنا عشری کے قلوی مافیہ کے بازو ہونے اور معدے میں ترشئی معدی مافیہ کے ساتھ اس کے مل جانے سے پیدا ہوتی ہے۔ اس طرح معدے کے اندر کی گیس میں بعض اوقات ۱۰ فی صدی CO_2 پائی گئی ہے۔

متلی سوءہضم کی ایک عام علامت ہوا کرتی ہے، اور قئے نسبتہً کم کثیر الوقوع علامت ہے، بہ استثنائے الکحلی سوءہضم کے، جس میں وہ اکثر ہوا کرتی ہے۔ قئے کردہ مادہ یا تو کھائی ہوئی غذا پر مشتمل ہوتا ہے یا صرف مخاط پر۔ متواتر قئے ہونے کی حالت میں ممکن ہے کہ صفراء اور خون کی چند دھاریاں خارج ہوں۔ حرقان القلب (pyrosis, or water brash) اس حالت کا نام ہے، جس میں مایع کی کچھ مقدار ڈکار کے ذریعہ سے منہ میں آجاتی ہے۔ یہ مایع بعض اوقات تعدیلی تعامل والا یا قلوی ہوتا ہے، اور ایسی

حالت میں اسے عموماً بیشتر ریق پر مشتمل سمجھا جاتا ہے۔ لیکن یہ اکثر ترشئی ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ حلق میں اور عظم القص کے پیچھے جلن کا احساس ہوتا ہے۔ یہ ترشہ سے جلنے کی وجہ سے نہیں ہوتا، کیونکہ اس طاقت کا ترشہ مری میں کوئی احساس نہیں پیدا کرتا۔

عام علامات۔ زبان مختلف طرز کی ہوتی ہے۔ بعض اوقات وہ فرددار ہوتی ہے۔ یہ فر پتلی اور سپید، یا دبیز اور زرد یا بھوری ہو سکتی ہے۔ وہ فر جو اکثر پائی جاتی ہے رقیق غذا کی وجہ سے ہو سکتی ہے، جب کہ چبانے کا عمل نہ ہوا ہو، یا سیلان ریق کی کمی کی وجہ سے ہو سکتی ہے، جب کہ سطح کے چھلکے رگڑ کر جدا نہ ہوئے ہوں۔ اس کے ساتھ سانس بودار ہوتی ہے۔ قبض اکثر ہوا کرتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ اس کی اثنا میں کبھی کبھی اسہال ہو جائے۔ بھوک تغیر پذیر ہوتی ہے، ممکن ہے کہ پیاس موجود ہو، بالخصوص قئے کی حالت میں سوء ہضم کے ساتھ اکثر جلدی ثورانات، احمرار گلابی کنی (rosacea)، شری (urticaria) اور معمولی کنی پائے جاتے ہیں۔ بدن پر عام طور پر، یا زیادہ صحیح الفاظ میں عصبی نظام پر جو اثر ہوتا ہے اس کا اظہار کسلمندی، محنت کے لئے بے رغبتی، چکر، نظر کے موضوعی احساسات، غنودگی، چڑچڑے پن، اور دماغی پستی کی صورت میں ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں خفیف عدم دمویت یا پھیکاپن، کسیفد نقصانِ تغذیہ اور مزمن اصابتوں میں چہرہ پر تکلیف یا تشویش کے مستقل آثار کا پایا جانا بھی غیر عام نہیں۔ لیکن دوسری مثالوں میں خرابیٔ معدہ کی کوئی عام دلالت نہیں پائی جاتی۔

تشخیص۔ سوء ہضم کے علامات، اور غذا یا بھوک کے ساتھ اُن کا وابستہ ہونا اس قدر مخصوص و ممیز ہے کہ تشخیص میں کوئی دقت پیش نہیں آتی۔ بایں ہمہ اس حالت کے سبب کی تشخیص کرنا ایک بالکل دوسری بات ہے، اور دیرینہ اصابتوں میں کامل عام سریری امتحان کے علاوہ، غذائی خطہ کے لاشعاعی امتحان، مخفی خون کے لئے براز کے امتحان، امتحانی خوراک اور اثناعشری کے مافیہ کے تجزیہ ان سب سے قیمتی معلومات کا حاصل ہونا ممکن ہے۔ اُس وقت بھی جب کہ معدے کا کوئی بڑا مرض خارج از بحث کر دیا گیا ہو، مخفی خون کی موجودگی ممکن ہے غشائے مخاطی کے نزفی ضرر پر دلالت کرے، جو ممکن ہے کہ مزمن معدی التہاب کی وجہ سے ہو۔

علاج۔ اگر کوئی مرض یا ناقص طرزِ زندگی سوء ہضم پیدا کر رہی ہو تو اسے

تدارک کرنا ضروری ہے۔ خصوصاً فمی عفونت کے دفعیہ کی طرف متوجہ ہونا چاہئے۔ سوء ہضم
کے حقیقی علاج کی جماعت بندی حسب ذیل طریقے پر کی جا سکتی ہے :۔

(۱) غذا:۔ تمام ایسی غذاؤں سے کہ جن کے اندر پھلوں کے بیجوں اور چھلکوں کی
شکل میں غیر ہضم پذیر ثفل موجود ہوں پرہیز کرنا چاہئے، اور ٹھوس غذا کو نگلنے سے پہلے
پوری طرح چبا لینا چاہئے، یا دانت نہوں تو اس کا چورا کرکے کھانا چاہئے۔ تیز خوشبودار
یا مسالے دار چٹنیوں، تلی ہوئی غذاؤں، کئی کئی اجزا والے کھانوں، گرم مسالوں، کھٹے
پھلوں، اور کچی چیزوں جیسے کہ مولیوں، سلاد (salad) وغیرہ کا استعمال ممنوع ہے۔ غذا
سادہ ہونی چاہئے، لیکن جن چیزوں کی اجازت ہے ان کی نام بنام فہرست دینا
ناممکن ہے۔ بہت کچھ خود مریض کے تجربہ پر منحصر ہوتا ہے۔ مندرجہ ذیل اصول یاد
رکھنا چاہئے :۔ لحمی غذائیں معدے کی تہییج کرکے ایک اعلیٰ درجہ کا ترشئی رس پیدا کرتی
ہیں جس کے ساتھ ببسین بھی پیدا ہوتی ہے اور یہ غذائیں ایسے واسطہ کے اندر بہترین
ہضم ہوتی ہیں۔ نشاستہ دار غذائیں ریق کے اینزائم (enzyme) سے ہضم ہوتی ہیں،
جس کے لئے خفیف سے قلوی واسطہ کی ضرورت ہوتی ہے، لیکن شحوم ہائیڈروکلورک
ایسڈ کا افراز کم کر دیتی اور معدے کے خالی ہونے میں تاخیر واقع کر دیتی ہیں۔ لہذا
معمولی حالات کے تحت اور بالخصوص اس وقت جب کہ معدی رس کبقدر کم ہو گوشت
کھانے کے شروع میں دینا چاہئے تاکہ معدی رس کی پیدائش کی تہییج ہو، اور پھر
کھانے کی تکمیل نشاستہ دار غذاؤں اور شحوم کے ذریعہ کرنی چاہئے جو سبزیوں، اناج
(cereals) یا پھلوں اور ساتھ ہی مسکہ یا بالائی کی صورت میں ہوں۔ اس کے برعکس اگر
معدی رس کا افراز نہایت افراط کے ساتھ ہو تو ابتداً شحوم (½ اونس روغن زیتون
یا روغن کے اندر سارڈین مچھلیاں مسکہ کے ساتھ دی جائیں) اور ازاں بعد گوشت
اور اناج وغیرہ دینے سے بہترین نتائج حاصل ہو سکتے ہیں۔ شحم کے ذریعہ افراز کو کم کرنیکا
طریقہ غالباً بہتر ہے بہ نسبت اس کے کہ معدہ کے اندر ہائیڈروکلورک بن جانے کے بعد
اس کی تعدیل دواؤں کے ذریعہ کی جائے۔ لحمی غذاؤں کے ساتھ چربی نہیں دینی چاہئے،
اور ممکن ہے کہ لحم خنزیر میں زیادہ چربی کی موجودگی ہی اس کا سبب ہو کہ وہ ناقابل برداشت
ہوتا ہے۔ مچھلی، جس کی بہت سی قسموں میں چربی نہیں ہوتی، عموماً سب سے زیادہ قابل

برداشت ہوتی ہے۔

زیادہ شدید اصابتوں میں معمولی جسامت کا کھانا لیا ہی نہیں جا سکتا، اور یقیناً صورت حالات ایسی ہوتی ہے کہ جب معدہ میں غذا تھوڑی مقدار میں ہو تو وہ اپنا فعل بہترین طور پر انجام دیتا ہے، اور جب معدہ بھرا ہوا یا بالکل خالی ہوتا ہے تو درد یا تکلیف محسوس ہوتی ہے۔ اسی واسطے غذا ایک وقت میں تھوڑی مقدار میں اور متواتر وقفوں کے بعد دینا مناسب ہے۔ ہلکے سے ناشتے اور دوپہر اور رات کے کھانوں کے علاوہ ان اوقات پر بھی تھوڑا کھا لینا چاہیئے: صبح کے وقت سو کر اٹھنے کے بعد، صبح کے درمیانی وقت میں، ۴ بجے شام کو، اور رات کو سونے سے پہلے۔

غذا کے مایع حصہ پر دو نقطوں سے نظر ڈالی جا سکتی ہے۔ اول تو سیال کا وہ حجم ہے جو غذا کے ٹھوس حصے کے ساتھ مل کر ہضم کے لئے انسب ارتکاز (optimum concentration) پیدا کر دیتا ہے۔ اس کو کھانے کے دوران میں یا کھانے کے فوراً بعد لے لینا چاہیئے، اور یہ چوبیس گھنٹوں میں ایک پنٹ یعنے ڈیڑھ پاؤ تک لیا جا سکتا ہے۔ مزید سیال جو مقدار میں ایک یا دو پنٹ ہوتا ہے، وہ ہے جو کہ جسم کے عام تحول میں ضروری ہوتا ہے۔ اسے کھانے سے پاؤ یا آدھ گھنٹے پہلے لینا چاہیئے۔ جامدات اور مایعات کو ہمیشہ گرم کر لینا چاہیئے۔ مناسب ترین سیالات پانی، ہلکی چائے یا کوکو ہیں، اور یقیناً دودھ بھی جو کہ ایک اہم غذا بھی ہے۔ الکحل نہیں لینی چاہیئے۔

سوءہضم کے بعض مریض بہت لاغر ہو جاتے ہیں کیونکہ وہ ناگوار نتایج کے خوف سے غذا لینے سے انکار کر دیتے ہیں۔ ایسے مریضوں کے لئے بستر پر آرام کرنا ضروری ہے، اور انھیں اپنی قاعدی احتیاج (basal requirement) (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۷) سے زائد غذا لینے پر مجبور کرنا چاہیئے یہاں تک کہ ان کا وزن پھر اتنا ہی ہو جائے۔ ایک عمدہ تجویز یہ ہے کہ تغیر پذیر ناشتہ، اور دوپہر اور شب کا کھانا دیا جائے، اور غذا کی مقدار قاعدی احتیاج کے معادل ہو۔ علاوہ ازیں سو کر اٹھنے کے بعد، ۱۱ بجے صبح ۴ بجے شام کو، اور شب میں آخری چیز کے طور پر ۳ پنٹ (ایک سیر دو چھٹانک) دودھ لے لیا جائے۔

ادویہ۔ بہ صرف اسی وقت تجویز کی جائیں جب کہ غذا کی بہ احتیاط تنظیم

اُرنے کے باوجود علامات کی شکایت ہو۔ ایک نہایت نفع بخش چیز CO_2 ہے، جو معدے کے اندر آزاد کرائی جاسکتی ہے اور جس کا فعل معدی انقباض کا امتناع کرنا یا ڈکاریں لانا ہے جن سے دروں معدی دباؤ کم ہو جاتا ہے۔ دو آمیزے تیار کئے جاتے ہیں :۔ (۱) سوڈا بائی کارب۔ گرین ۳۰، خیساندۂ جنتیانہ مرکب تا بحد ایک اونس۔ (۲) سائٹرک ایسڈ، گرین ۳۰۔ آب کلوروفارم، تا بحد ایک اونس۔ ڈکاروں کا اعظم اثر حاصل کرنا ہو تو پہلے آمیزے کے بعد فوراً دوسرا آمیزہ استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر اس سے خفیف تر اثر پیدا کرنا ہو تو پہلے آمیزے کا ایک ڈی سیون فل لینے کے بعد دوسرے آمیزے کا ایک ڈی سیون فل لیا جائے اور اس کا تکرار کیا جائے یہاں تک کہ دردیا تخفیف کا ازالہ ہو جائے۔ سوڈا بائی کارب کے بجائے تیار شدہ کھڑ (prepared chalk) اور میگنیشیا کارب (mag. carb.) کے مساوی حصوں کا ایک ڈی سیون فل قدرے پانی کے اندر ملا کر اسی طرح استعمال کیا جاسکتا ہے۔ میگنیشیا کارب اُس قبض کو رفع کرنے میں مفید عمل کرے گا جو اکثر موجود ہوتا ہے۔ جب سوڈا بائی کارب تنہا دیا جاتا ہے تو درد رفع کرنے میں اس کا مفید اثر تقریباً یقینی طور پر اسی وجہ سے ہوتا ہے کہ معدے میں کے ترشہ سے CO_2 آزاد ہوتی ہے، نہ کہ سوڈا بائی کارب کی قلوی خاصیت کی وجہ سے۔ سائٹرک ایسڈ دینے کا یہ فائدہ ہے کہ وہ اس عمل کو اور بھی زیادہ یقینی کر دیتا ہے، اور دوران ہضم میں دفعتہً معدی رس نے ہائڈروکلورک ایسڈ کی تعدیل کر دینا غالباً بہت سی اصابتوں میں ایک خراب مزاولت ہے۔ اگر CO_2 کے اثر سے بالکل علیحدہ ایک قلی تجویز کرنا مقصود ہو تو میگنیشیم آکسائڈ استعمال کیا جاسکتا ہے۔ جہاں یہ شبہ ہو کہ غشائے مخاطی میں ضررات موجود ہیں، وہاں ان ضررات کو ایک پلستر سے ڈھانکنے اور اس طرح ان کی حفاظت کرنے کے مقصد سے بسمتھ (bismuth) یا کے اولین (kaolin) تجویز کر سکتے ہیں۔ لیکن انھیں خاصی بڑی مقدار میں، مثلاً ۲ تا ۴ ڈرام کی مقدار میں لعاب (mucilage) کے ساتھ پانی میں معلق کر کے دینا چاہیئے۔ سوء ہضم کی بعض اصابتوں میں مرقق ہائڈروکلورک ایسڈ، ایک ڈرام تک کی مقداروں میں، پانی کے ساتھ خوب ہلکا کر کے طعام کے ساتھ اور اس کے بعد لیا جائے تو بہت مفید ہوتا ہے، بالخصوص اُس وقت جب کہ معدی رس کا HCl پست ہو اور بہت رہیکیت کے ساتھ چہرے کی تمتماہٹ موجود ہو، جیسے کہ گلابی کیل کی اصابتوں میں۔

338

دوسری دوائیں جن کو کاسرِ ریاح کہتے ہیں، زمانۂ دراز سے لی گئی ہیں، اور اُن کی خاص اہمیت ہے۔ وہ یہ ہیں :۔ سال وولیٹائل (Sal volatile)، کچلہ کا صبغیہ (tr. nucis vomicæ) اِسٹرکنین (strychnine)، عرق الذہب (ipecacuanha)، نباتی مُرّیات (vegetable bitters) جیسے کہ کیلمبا کی جڑ (calumba root) اور طیران پذیر روغنیات (volatile oils) جیسے کہ روغن پودینہ۔

طبیعی طریقے۔ شکم کے بالائی حصہ پر لگائی ہوئی حرارت ایک قوی ممدِ ہضم ہے اور غالباً اپنا عمل خراشِ مقابل کی طرح معکوس طور پر موثر حشائی حرکات پیدا کرکے کرتی ہے۔ حرارت کا استعمال کھانے کے بعد گیمگی ٹِشّو (Gamgee tissue) کو شکم کے گرد باندھ کر، یا ایک چھوٹی نقل پذیر گرم پانی کی تھیلی یا برقی یا معمولی پولٹسوں یا پلستروں [جن میں اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistin) یا تھرموجن وول (thermogene wool) شامل ہیں] کی وساطت سے کیا جاسکتا ہے۔ دوسرے طریقے جن کا اطلاق سقوط المعدہ (gastroptosis) کی حالت پر ہوتا ہے کہ جس میں افعال حرکی کی قلت ہوتی ہے، صفحہ 340 پر بیان کئے گئے ہیں۔ نہایت شدید حاد غیر علاج پذیر درد معدہ کی اصابتوں میں، معدے کے اندر ایک نلی گزارنا چاہیئے تاکہ دباؤ کم ہوجائے۔ یہ مارفیا دینے کے نسبت زیادہ مناسب ہے، لیکن بعض اوقات مارفیا کا دینا ناگزیر ہوجاتا ہے۔

بلع الہوا

(ærophagy)

بلع الہوا یا کثرت ہوا نگلنے کی حالت ریحی سوءِ ہضم کی ایک قسم پیدا کردیتی ہے۔ گذشتہ زمانہ میں معدے میں گیس کا اجتماع تخمیر کا نتیجہ سمجھا جاتا تھا۔ لیکن طبعی طور پر یہ کسی معتد بہ حد تک نہیں واقع ہوتا، کیونکہ معدی مافیہ بہت ترشئی ہوتے اور معدے میں بہت قلیل عرصہ تک ٹھہرتے ہیں۔ معدہ کا سرطانی سلعہ، جو بوّابی ضیق (pyloric stenosis) پیدا کردیتا ہے، وہ خاص حالت ہے جس سے تخمیر کی استعداد پیدا ہوجاتی ہے، کیونکہ اس حالت میں پست ترشگی اور غذا کا رکود دونوں موجود ہوتے ہیں۔ طبعی طور پر غذا کے ساتھ کسیقدر ہوا نگلی جاتی ہے، جو لاشعاعوں کے ذریعہ معدے کے اندر،

دائیں ڈایافرام سے بالکل نیچے ہی ایک صاف رقبہ کے طور پر دیکھنے میں آتی ہے اور وہ طبلی آواز پیدا کر دیتی ہے جو معدے کے بالائی حصے پر قرع کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ وہ حالت جو بلع الہوا کے نام سے مشہور ہے، صرف اسی وقت موجود سمجھی جاتی ہے جب کہ ہوا کی بہت زیادہ مقداریں نگلی جائیں، اور خاص کر جب کہ یہ عمل کھانوں کے درمیان بھی جاری رہے۔

بحث اسباب۔ بلع الہوا کی اصابتوں کے تین گروہ ہوتے ہیں :۔

۱۔ **سوءالہضمی**۔ اسے اُس طبعی میکانیت کا جس کے ذریعہ سے معدے میں ہوا داخل ہوتی ہے (24) مبالغہ آمیز حالت سمجھنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 335)۔

۲۔ **خراب عادات**۔ یہ سوءالہضمی قسم سے قریبی تعلق رکھنے والا گروہ ہے اور ممکن ہے کہ اُسی سے پیدا ہو جائے۔ مریض کسیقدر تکلیف محسوس کرتا ہے، جیسے کہ شراسیف میں تنگی یا پُری کا احساس، اور اسے محسوس ہوتا ہے کہ اچھی طرح ڈکار لے کر وہ اس میں تخفیف پیدا کر سکتا ہے۔ تکلیف کا یہ احساس ممکن ہے کہ خود بخود پیدا ہو جائے، یا حاد بدہضمی یا حاد معدی قرحہ، یا کسی دوسری بیماری کے حملہ کا نتیجہ ہو۔ نیز یہ اصلی سبب کے دفع ہو جانے کے بعد بھی بدستور قائم رہتا ہے۔ یہ معدے میں گیس کی زیادتی کی وجہ سے نہیں ہوتا، اور معدہ اکثر تقریباً خالی ہوتا ہے۔ مریض ڈکار لے کر تخفیف مرض کی کوشش کرتا ہے، لیکن اس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ ہوا زور کے ساتھ معدے کے اندر داخل ہو جاتی ہے جس سے تکلیف اور بڑھ جاتی ہے۔ مریض ایسا ایک دو بار اور کرتا ہے، یہانتک کہ ہوا کی بہت بڑی مقدار جمع ہو جاتی ہے۔ ایک اور مرتبہ ڈکار لینے پر ساری گیس خارج ہو جاتی ہے اور فی الفور کامل آرام کا احساس ہوتا ہے۔ تھوڑے عرصہ کے بعد پھر وہی تکلیف کا احساس ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہی دور غیر متعین طور پر بار بار ہوتا رہے۔ دوسرے مریضوں کو یہ شکایت ہو جاتی ہے کہ ہر چند سکنڈ کے بعد ان کو بلند آواز کے ساتھ ڈکاریں آتی ہیں، جس کی وجہ سے وہ خود اپنے لئے اور دوستوں کے لئے ایک وبال ہو جاتے ہیں۔ فی الحقیقت یہ ایک قسم کا "قلص" ("tic") ہے اور اکثر ہسٹریائی ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں ہوا معدے میں نہیں داخل ہوتی، بلکہ وہ مری کے اندر چوسی جا کر فی الفور زور کے ساتھ باہر نکال دی جاتی ہے۔ اور بھی دوسری اصابتوں میں ہوا متقاطع

339

کے ذریعہ معدے کے اندر کھینچ آتی ہے۔

۳۔ افراطِ ریق۔ اِس کا سبب مبہم ہے۔ لیکن جب یہ پیدا ہوتا ہے تو مریض اسے دن بھر برابر نگلتے رہتے ہیں، اور ساتھ ہی ہوا بھی نگلی جاتی ہے۔

علامات یہ ہیں:۔ شراسیف میں پُری اور ساتھ ہی تکلیف کا احساس، اور بعض اوقات شدید درد کے ساتھ تمدد، ڈکاریں، ہچکی، عدمِ اشتہا، قے۔ بعض بعید معلوم اختلالات بھی بلع الہوا سے منسوب کئے جا سکتے ہیں، یعنے چہرہ کا امتلا، دردِ سر، جسم کا گرم ہو کر تمتما جانا، اختلاج، سرعتِ ضرباتِ قلب، متنزاد انکماشات اور مری میں پیدا ہونے والے تحت القصی درد۔ یہ پایا گیا ہے کہ اگر معدہ کا تجربی تمدد پیدا کیا جائے تو مری کی حرکت دودیہ میں زیادتی پیدا ہو جاتی ہے۔ نگلی ہوئی ہوا کا اکثر حصہ بواب کی راہ سے آگے چلا جاتا ہے اور لاشعاعوں سے عارضی طور پر اثنا عشری کے پہلے حصے میں دیکھا جا سکتا ہے۔ پھر یہ چھوٹی آنت میں سے گذر کر قولون کے اندر بڑے بڑے بلبلوں کی شکل میں جمع ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مافیہ کے آگے بڑھنے میں مزاحمت زیادہ ہو جاتی ہے اور اس طرح اِس سے قولونی رکود کی ایک قسم پیدا ہو جاتی ہے۔ آخر کار ہوا مبرز کی راہ سے گوز بن کر نکل جاتی ہے۔ قولون کی راہ سے اس کے گزرتے وقت اکثر قلقل کی آوازیں پیدا ہوتی ہیں، جن کو قراقرِ امعا کہتے ہیں۔

تشخیص۔ معدے اور امعاء کے اندر زیادہ گیس کی موجودگی لاشعاعوں سے دیکھی جا سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ معدہ چھوٹا ہو یا بڑا ہو۔

علاج۔ سوء الہضمی قسم پر پہلے ہی غور کیا جا چکا ہے۔ دوسری قسموں میں مریض کو احتیاط کے ساتھ پوری صورتِ حالات سمجھا دینی چاہئے اور اُسے کھانوں کے درمیان میں جس قدر ممکن ہو کم نگلنے کی ہدایت کرنی چاہئے۔ ایسا کرنے میں مریض کو اپنے مُنہ میں ایک سگریٹ کی مُنہ نال (cigarette-holder) پکڑے رکھنے سے، یا غضروفِ درقی سے اوپر گردن کے گرد ایک تنگ گلو بند پہننے سے مدد مل سکتی ہے۔ ان ذرایع کی وساطت سے وہ نگلنے کے عمل کے آغاز سے مطلع ہو جاتا اور اپنے آپ کو قابو میں رکھ سکتا ہے۔ تنفسی ورزشیں بھی مفید ہوتی ہیں۔ کھانے کے وقت سیالات کو سُٹر کنا یا جھکنا نہ چاہئے بلکہ ایک گھانس کے تنکے میں سے لینا چاہئے۔ اِنذار اچھا ہوتا ہے۔

ہسٹیریائی اصابتوں کے لئے ممکن ہے کہ علاج کے خاص طریقوں کی ضرورت پیش آئے (ملاحظہ ہو صفحہ 785)۔

سقوط المعدہ

(gastroptosis)

احشاء پر سقوط کی اصطلاح کا اطلاق ہو تو اس کا یہ مفہوم ہے کہ شکم کے اندر وہ معمول کے نسبت ایک نیچی جگہ پر واقع ہیں۔ سقوط المعدہ تنہا پایا جاتا ہے، لیکن اکثر اوقات وہ احشاء کی عمومی گراوٹ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، جسے سقوط الاحشاء (visceroptosis) یا مرضِ گلینارڈ (Glenard's disease) کہتے ہیں۔ اس مرض میں ممکن ہے سقوطِ کبد (hepatoptosis) (۳۳)، سقوطِ طحال (splenoptosis)، سقوطِ کلیہ (nephroptosis) (دائیں طرف کا ۱۹)، اور سقوطِ قولون (coloptosis) (۴۷) موجود ہو۔ یہ تمام حالتیں، خاص کر قولون اور اس کے عوجات کی گراوٹ بالکل تندرست شخصوں میں بھی مل سکتی ہے۔ ان احشاء کے سقوط کے یہ معنی ہیں کہ پورا احشاء گر پڑتا ہے، لیکن سقوط المعدہ کی اصطلاح اس مفہوم میں نہیں استعمال کی جاتی، کیونکہ معدے کی چوٹی عملی طور پر ہمیشہ ڈایافرام سے متماس رہتی ہے۔ معدے کا زیریں حصہ ہی گر پڑتا ہے، یعنے یہ حشار لمبا ہو جاتا ہے۔ ڈایافرام کی گراوٹ شاذ ہی واقع ہوتی ہے (2)۔

اسباب۔ صفحہ 327 پر بتایا گیا ہے کہ سقوط المعدہ بالکل تندرست اشخاص میں بھی واقع ہو سکتا ہے، یعنے لمبے اور تنگ سینہ اور شکم والے اشخاص میں۔ یہ حالت مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہوتی ہے۔ جن عورتوں کو کوئی بچہ نہ ہوا ہو یا زیادہ سے زیادہ ایک یا دو بچے ہوئے ہوں، ان کے نسبت اکثر یہ ان عورتوں میں زیادہ عام ہوتی ہے جن کو کئی بچے ہو چکے ہوں۔ یہ بالخصوص تیس سال سے اوپر کی عمر میں ہوتی ہے۔ علامات کا پہلے پہل انکشاف حادِ فوعی حمیات یا التہابِ زائدۂ دودیہ کے بعد، یا شکم کے جراحی عملیہ کے بعد، یا دماغی اور جسمانی محنت یا بار کے بعد ہوتا ہے۔ بہت زیادہ محنت بھی سقوط المعدہ پیدا کر سکتی ہے۔

340

علامات۔ قبض سب سے زیادہ عام ہے (۶۷) پھر شکم کی تکلیف (۲۵)؛ ریحیت (۵۴)، نقصانِ توانائی (۴۴)، درد شکم (۳۴)، وزن کا کم ہو جانا (۳۶)، درد سر (۳۱)، متلی (۲۴) اور پستی (۲۴)۔ سینہ کی جلن کسیقدر ممیز ہوتی ہے۔ یہ یقین کرنے کے لئے کوئی وجہ نہیں ہے کہ معدی تقرح سقوط المعدہ میں ان اصابتوں کی نسبت زیادہ عام ہوتا ہے جن میں شکمی علامات کے ساتھ معدہ طبعی محل وقوع رکھتا ہو لیکن لاشعاعی مناظر سے اس امر کی طرف اشارہ ہوتا ہے کہ اثنا عشری تقرح (۲۳) کسیقدر زیادہ عام ہوتا ہے۔ پیپڑی سے ڈھکی ہوئی زبان (۴۶) ناکافی دانت (۲۳) جو فیزی سیلانِ دم (pyorrhoea alveolaris) (۱۹) عام تھے۔ عام عقیدے کے خلاف معدی بیش ترشگی کثیرالوقوع تھی (۴۹)، لیکن کم ترشگی بھی تھی (۲۱)[1]۔

تشخیص۔ سقوط المعدہ کو شناخت کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ غیر شفاف کھانا دینے کے بعد مریض کو انتصابی وضع میں رکھ کر لاشعاعوں کے ذریعہ سے دیکھا جائے۔ طبعی حالت میں انحنائے صغیر حرقفی عرفوں سے اوپر ہوتا ہے، اور انحنائے کبیر ان سے نیچے۔ جب معدہ گرا ہوا ہو تو ممکن ہے کہ انحنائے کبیر اس قدر نیچے ہو کہ انتہائی اصابتوں میں وہ ارتفاقِ عانی تک پہنچ جائے (ملاحظہ ہو صحفہ ۱۲ صفحہ 340)۔ جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے، معدے کے محل وقوع کا نیچے ہونا تندرستی کی حالت کا منافی نہیں، اور ایسے عاملات موجود ہیں جو عارضی طور پر اس حالت کو پیدا کر سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 328)۔

سقوط المعدہ عموماً قلت تنفش (۱۷) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، اور یہ غالباً علامات پیدا کرنے میں سب سے زیادہ اہم عامل ہوتی ہے۔ قلت تنفش کا ثبوت غیر شفاف کھانا ... سو سی۔سی کی مقداریں متواتر دینے سے حاصل کیا جا سکتا ہے۔ طبعی حالت میں عضلہ اس کا تعامل اس طرح ظاہر کرتا ہے کہ وہ غذا کے استوانہ کو ایک مستقل بلندی پر ... رکھتا ہے (شکل ۸۴ الف اور ب میں م ن)، خواہ دی ہوئی غذا کی مقدار کچھ ہی ہو لیکن جب معدہ میں قلتِ تنفش ہوتی ہے تو غذا کا ابتدائی حصہ تہ نشین ہو جاتا ...

---

[1] قوسین میں درج کئے ہوئے اعداد ظاہر کرتے ہیں کہ سقوط المعدہ کی غیر پیچیدہ ۱۰۰ ... جن میں شکمی علامات موجود تھے کتنی اصابتوں میں یہ علامتیں موجود تھیں (26)۔

سحہ ۲۱

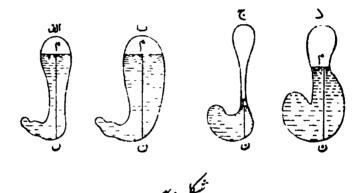
ایک گرے ہوئے یا اطالت پذیر معدہ کی شعاعی نگاشت جو کہ بیریم سے بھرا ہوا ہے اسکا کبیر کا زیریں حصہ حوض میں اتفاق سے عین اوپر واقع ہے۔ یہ حرقفی عرف سے بہت نیچے ہے۔ معدہ کا بالائی حصہ نظر نہیں آتا لیکن معدہ کے وسط کے قریب درونہ تنگ نظر آتا ہے یہ اطالت پذیر معدہ کی دیواروں کے لٹک پڑنے کی وجہ سے ہے۔ ریت گھڑی معدہ کی طرح اس میں کوئی تشنج یا ندبی انقباض نہیں جب معدہ گرتا ہے تو اس کا حجم طبعی سے زیادہ ہوجاتا ہے گویا یہ ایک قسم کا متسع معدہ بن جاتا ہے۔ دوسری قسم میں جوکہ بوابی ضیق کے ساتھ متلازم ہے ایک بالکل دوسرا منظر نظر آتا ہے۔ (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶ صفحہ 351) (مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک کے لئے ہوئے صفحہ)

بالمقابل صفحہ 351

ایک مبتش نفشی معدہ کی شعاع نگاشت ۔ یہ ایک چھوٹا سا معدہ ہے جو کہ بیریم سے بھرا ہوا اور شکم پر وار پار عرضی طور پر پھیلا ہوا ہے ۔ شکم میں بہت بلندی پر ہے اور حرفقی حفوں سے جو کہ تصویر میں دکھائے ہیں گئے بہت اوپر واقع ہے ۔ اثنا عشری کا اول حصہ معدہ کے بوابی سرے کے پیچھے چھپا ہوا ہے ۔ بیریم کا تھوڑا سا حصہ گزر چکا ہے اور نیچے نظر آرہا ہے معدہ کے قعر میں ایک بہت بڑا ہوا کا سلسلہ جو کہ بائیں ڈایا فرام کے عین نیچے نظر آتا ہے معدہ میں سیال کا بالائی لیول جو کہ افقی ہے ہوا سے نیچے نظر آتا ہے ۔ (مسٹر ڈبلیو لٹ سے لاک کے لئے ہوئے صحفہ سے)

بعد کے حصے معدے کو ایک تھیلی کی طرح پُر کر دیتے ہیں (24) (ملاحظہ ہو شکل ۴۸ ج اور د) ۔ معدے کے خالی ہونے میں عموماً تاخیر ہو جاتی ہے (۸۷) اور لاشعاعی شہادت سے اکثر پتہ چلتا ہے کہ زائدۂ دودیہ کی غیر طبعی حالت (۵۹) قولون میں تاخیر (۶۶) سقوط القولون (۷۴) اور لفائفی رکود (۴۲) موجود ہے ۔ معدہ کے نیچے ہونے اور اکثر قلت تنش کے باوجود معدے کے حرکات دودیہ فاعلی پائے گئے ۔

تجویز کا طریقہ یہ ہے کہ عمر بھر باقاعدہ ورزش کی جائے ' تنگ کارسیٹوں (corsets) اور زیادہ محنت سے احتراز کیا جائے ' غذا ایسی لی جائے کہ جس میں پھل

شکل ۴۸

اور ترکاریاں بہ افراط ہوں ' پاخانہ جانے میں پابندی وقت کی عادت ڈالی جائے اور آنتوں کی ہر بے قاعدگی یا علاماتِ سوءِ ہضم کے طرف فوری توجہ کی جائے ۔

سقوط المعدہ کی ایک سریری علامت یہ ہے کہ ناف سے اوپر خطِ وسطی میں دبانے سے درد پیدا ہو جاتا ہے ' اور اگر ہم زماں طور پر ارتفاقِ عانی سے عین اوپر دبایا جائے تو اس میں فوری تخفیف پیدا ہو جاتی ہے ۔

علاج ۔ نسبتہً خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ کسی علاج کی ضرورت نہو ' اگرچہ ان میں بھی عضلات شکم کو جمناسٹک یعنے اکھاڑے اور کسرت وغیرہ کی ورزشو گھوڑے کی سواری یا چکلیتی یا شمشیر زنی کی مشقوں سے کچھ تقویت دینا مفید ہے ۔ شکمی دلک اور بجلی بھی مفید ہو سکتی ہے ۔ زیادہ نمایاں اصابتوں میں ایک بیسٹی

مسلسل دن بھر پہنے رہنا چاہیئے ۔ یہ پیٹی ایسی بنی ہوئی ہو کہ ارتفاقِ عانی سے عین اوپر سخت دباؤ ڈالے ۔ اور پیٹی کے اندر کے طرف ایک چھوٹی اُبھری ہوئی گدی رکھنا ایک عمدہ تجویز ہے ۔ جہاں معدہ بہت متسع ہو ایک وقت میں کھانے کی تھوڑی مقدار لینی چاہئیں، اور کھانے کے بعد مریض کو دائیں کروٹ پر لیٹ جانا یا پاؤں اور ہاتھوں کے بل چلنا چاہیئے، جس سے غذا کو بواب کے آر پار گزرنے میں آسانی ہو گی ۔

341

ہسٹیریائی قئے

(hysterical vomiting)

دوسرے ہسٹیریائی مظاہر کی طرح، ہسٹیریائی قئے بھی عموماً کسی ایسی شکایت سے پیدا ہو جاتی ہے جس کی علامتوں میں سے قئے ایک علامت ہوتی ہے، اور جب اصلی شکایت رفع ہو جاتی ہے تو یہ قئے ایعاذ کی وجہ سے جاری رہتی ہے ۔ وہ قئے جو حمل کے ساتھ قدرتی طور پر متلازم ہوا کرتی ہے، ایعاذ پذیر افراد میں اسی وجہ سے جاری رہ سکتی ہے ۔ اس قسم کی قئے التہاب زائدہ دودیہ کے حملہ کے بعد اُس وقت بھی جاری رہ سکتی ہے جب کہ زائدہ دودیہ جراحی عملیہ کے ذریعہ سے خارج کر دیا گیا ہو ۔ دورانِ جنگ میں "گیس زدگی" کی علامتوں میں سے قئے ایک علامت تھی، اور بہت سی اصابتوں میں ہسٹیریائی قئے پیدا ہو گئی ۔

علاج ۔ دوسری ہسٹیریائی اصابتوں کی طرح، اس میں علاج نفسی (psychotherapy) کا استعمال کرنا چاہیئے ۔ مریض کو اصلی صورتِ حالات سمجھا دینا چاہیئے ۔ تمام مخصوص دوائیں اور غذائیں جو ابتداءً قئے کی وجہ سے تجویز کی گئی تھیں، اور جو ممکن ہے کہ بذریعہ ایعاذ اس حالت کو جاری رکھیں، اب بند کر دینی چاہئیں، اور مریض کو معمولی غذا لینے کی ترغیب دینی چاہیئے ۔ عسیر العلاج اصابتوں میں معدے کی راہ سے اثنا عشری میں ربر کی ایک پتلی نلی گزار کر مریض کو غذا دی جا سکتی ہے ۔

دوری قئے

(cyclical vomiting)

بچی اور ہسپتالی مزاولت دونوں میں یہ شکایت تین تا تیرہ سال عمر والے بچوں میں نسبتًہ عام ہوتی ہے۔ اگرچہ اس کا امکان ہے کہ اسے "صفراء کے حملوں" ("bilious attacks") کی تشخیص کے تحت نظرانداز کر دیا جائے جو غذا کی کسی بے احتیاطی سے منسوب کر دیئے جاتے ہیں۔ اِس کے حملے مختلف فاصلوں پر ہوا کرتے ہیں اور ذہنی یا دماغی ہیجان (جیسا کہ جلسوں کی شرکت سے یا امتحان دینے سے پیدا ہو جاتا ہے)، سرایت (جیسے کہ زکام یا التہابِ لوزہ)، زائد عضلی محنت (جیسے کہ مسابقتی کھیلوں میں)، یا ہلنے سے (جیسے کہ موٹر کی سواری میں) شروع ہو جاتے ہیں۔ اکثر ان کی موجودگی کی ایک خاندانی سرگذشت ہوتی ہے، اور اِس شکایت کے موضوع بعض اوقات (گو کہ ہمیشہ نہیں) معمولی صحت کی حالت میں نہیں ہوتے، اور وہ قبض، غفلت، شحوب، عصبی مزاج، شب بولی (nocturnal enuresis)، پچھڑی پن (backwardness)، کیٹون بولیت (ketonuria) وغیرہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔

علامات۔ حملہ دفعتًہ شروع ہو جاتا ہے۔ علامات جو دو یا تین دن تک جاری رہتے ہیں، یہ ہیں:۔ کسلمندی، غنودگی، دردِ سر، قئے، اور انبطاع۔ ارتفاعِ حرارت جو ممکن ہے کہ ۱۰۳ درجہ فارن ہائٹ تک پہنچ جائے، پہلے دن ضرور موجود ہوتا ہے۔ دردِ شکم ہوتا ہے جو اکثر دائیں حرقفی حفرہ میں ہوتا ہے اور بعض اوقات اِس کے ساتھ اَلیمیت اور استواری ہوتی ہے، چنانچہ التہابِ زائدۂ دودیہ سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں پاخانے حملہ کے آغاز میں بدبودار اور حملہ ختم ہو جانے کے بعد غیر معمولی طور پر بڑے تھے۔ قاعدہ ہے کہ حملہ کے دوران میں قبض ہوا کرتا ہے۔ مریض کی قئے اور سانس دونوں میں ایسیٹون (acetone) کی بو آتی ہے، اور قارورہ کے اندر ایسیٹون اجسام (acetone bodies)، یعنے ایسیٹون ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ (aceto-acetic acid)، بیٹا آکسی بوٹائرک ایسڈ (β-oxybutyric acid) پائے جاتے ہیں۔ یہ کیتونیت حملہ کے آغاز میں، قئے

شروع ہونے سے پہلے موجود ہوسکتی ہے۔ اگر قئے جاری رہے تو بچہ جلد ہی دُبلا ہوجاتا ہے، اُس کا شکم بازکشیدہ، چہرہ لٹکا ہوا ہوتا ہے، اور آنکھوں میں گڑھے پڑجاتے ہیں۔ کبھی کبھی اس کا حملہ مہلک ہوتا ہے، اور دردِ سر، ہذیان، ہیچنی، تشنجات کے ساتھ ہبوط یا کیتونیت کی وجہ سے توما ہوجاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 466)۔ مہلک اصابتوں میں جگر بالعموم شحمی انحطاط کی حالت میں پایا گیا ہے۔

امراضیات ۔ بعض اصابتوں میں قلیل شکردمویت پائی گئی ہے، اور بعض میں خون کی شکر معمولی مقدار میں ہوتی ہے۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ عصب مشارکی کے تہیج کے ذریعہ سے ایڈرینالین کا افراز زیادہ نکلتا ہے، اور یہ تکوینِ شکر کو بڑھاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 479)، اور بالآخر جگر کی گلائکوجن کو گلوکوز کی شکل میں بہ افراط منتشر کردیتا ہے، جو جسم کے اندر بہ سرعت جل جاتا ہے۔

تجویز اور علاج ۔ حملوں کی روک تھام اور علاج اس طرح کیا جاسکتا ہے کہ بہ افراط شکر دی جائے۔ اگر بچہ بے ہوش ہے تو ۵ فی صدی ڈکسٹروس (dextrose) ایک انفی انبوبہ کی راہ سے جو کہ بواب یا اثنا عشری تک داخل کردیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 479)، اور معاءِ مستقیم کی راہ سے دیا جاسکتا ہے۔ کیتونیت کا علاج بہ کثرت سیالات، سوڈا بائی کارب، وغیرہ دے کر کرنا چاہئے، لیکن انسولین نہیں دینی چاہئے۔

معدہ اور اثنا عشری کا حاد اتساع

342

(acute dilatation of the stomach & duodenum)

معدی اور اثنا عشری ایلاؤس

(gastric & duodenal ileus)

معدہ ۔ اس قسم کی اصابتیں نسبتہً شاذ ہیں، اگرچہ اب بہت اصابتوں کا اندراج ہوا ہے۔ ان کے وقوع کا سبب آسانی سے سمجھ میں نہیں آتا۔ ان کی غالب تعداد میں تسدد کا کوئی صریح سبب نہیں ہوتا، لیکن بعض اصابتیں معدے کو حد سے زائد بھر لینے کے بعد (خاص کر سبزی ترکاریوں سے) پیدا ہوگئی ہیں۔ کثیر المقدار گیس جلد پیدا ہوکر معدہ اسی طرح پھول جاتا ہے جس طرح کہ ایک بھیڑ کا پہلا معدہ (rumen)

ہرے گیہوں کھا لینے کے بعد۔ چند اصابتیں تفرز لگنے کے بعد واقع ہو گئی ہیں اور گمان غالب ہے کہ ان میں معدی عضلہ مشلول ہو جاتا ہے، اور ایک چوتھائی سے زائد اصابتیں جراحی اعمال کے بعد ہوئی ہیں۔ ایسی اصابتوں میں قیاس ہے کہ معدم حس (anæsthetic) دوا باعث مرض ہے، بالخصوص جب کہ وہ ایتھر ہو، کیونکہ اس معدمِ حس کے ساتھ مریض ہوا نگل لینے کا امکان ہوتا ہے۔

اس کا آغاز عموماً نہایت ناگہانی ہوتا ہے۔ مریض کو قے ہونے لگتی ہے جس کے ساتھ وہ بار بار ہرے، بھورے یا رمادی سیال کی بڑی مقداریں باہر نکال دیتا ہے۔ اس کے ساتھ معدی تکلیف، درد، اور الیمیت ہوتی ہے۔ شکم عموماً اپنے بائیں اور زیریں حصوں میں بہت پھولا ہوا ہوتا ہے، لیکن شراسیف نسبتہً چپٹا ہوتا ہے۔ صریح حرکتِ دودی بالکل استثنائی طور پر پائی جاتی ہے (سی۔ تھامپسن کی جمع کردہ چوالیس اصابتوں میں سے صرف ایک میں)۔ لیکن گمگ، تموج، اور چھلکاؤ کی مختلف مقداریں حاصل ہوتی ہیں۔ مریض مہبوط ہو جاتا ہے، اُسے پیاس لگتی ہے، پیشاب کی مقدار کم ہوتی ہے، اور قبض ہوتا ہے۔ یہ علامتیں چند روز تک قائم رہ سکتی ہیں۔

موت کے بعد معدہ بے انتہا متمدد ہوتا ہے، اور نیچے عانہ تک پہنچ کر اپنے اوپر خم کھاتا ہے اور اُس کا ایک حصہ اثنا عشری کی طرف واپس لوٹتا ہے۔ بعض اوقات تمدد کچھ دُور اثنا عشری میں بھی پھیل جاتا ہے۔

باکس (Box) اور والیس (Wallace) کے مشاہدات سے ظاہر ہوتا ہے کہ اتساع جب ایک بار شروع ہو جاتا ہے تو متمدد معدہ شکم میں گر جاتا ہے اور اثنا عشری میں ایک ثنیہ پیدا کر کے اُس سے ایک تسد پیدا کر دیتا ہے، جس کی وجہ سے معدے سے گیسوں کا خارج ہونا رک جاتا ہے اور اس طرح اتساع میں اور زیادتی ہو جاتی ہے۔ اور گیسیں جتنی زیادہ جمع ہوتی ہیں اُتنے ہی زیادہ یقینی طور پر وہ خارج نہیں ہونے پاتیں۔

علاج۔ ایک نلی داخل کر کے معدے کے مافیہ کو جو کہ بہت دباؤ کے تحت ہیں، نکال لینا چاہیے۔ مریض کو مُنہ کے بل لیٹنا چاہیے۔ اور بستر کی پائنتی کو اونچا اُٹھا دینا چاہیے تاکہ کوئی ثنیات جو موجود ہوں سیدھے ہو جائیں۔

اثنا عشری۔ اس حالت میں ممکن ہے کہ اساریقی عروق کے ذریعہ سے تشنج پیدا ہو کر خواہ اس کے ساتھ اثنا عشری صائمی عوجہ کے قریب تشنج ہو یا نہ ہو تمدد پیدا ہو جاتا ہے۔ اثنا عشری کے اتساع کی ایک مزمن حالت غالباً زیادہ شاذ نہیں، اور اس کے ساتھ سوءِ ہضم کے علامات، تمدد شکم اور صفراوی قئے بھی ہوتی ہے (8)۔

التہاب معدہ

(INFLAMMATION OF THE STOMACH)

حاد التہاب المعدہ

(acute gastritis)

اسباب۔ معدے کا حاد التہاب، یا حاد معدی نازلت مختلف اقسام کے خراش آوروں کے ذریعہ پیدا ہو سکتی ہے۔ معدی التہاب کی شدید ترین قسم قوی معدنی ترشوں یا دوسرے آکالات سے تسمم واقع ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ زیادہ عام اصابتیں ناقابلِ ہضم غذا، مثلاً جھینگا مچھلی، کیکڑے یا کھپرے دار مچھلی، یا کچے پھل، یا ایسے گوشت، مچھلی، پھل، سبزی ترکاریوں یا دوسری غذائیں جو سڑنے لگی ہوں کا استعمال کرنے سے پیدا ہوتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 367)۔ چنانچہ یہ مرض گرمی کے موسم میں عام ہوتا ہے۔ شیرخوار بچے اکثر التہاب المعدہ میں مبتلا ہوتے ہیں، جس کے ساتھ التہاب المعاء متلازم ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 365)۔ متعدد معدی آکالات، جو حاد معدی قرحہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں، حاد التہاب المعدہ کی ایک قسم ہیں۔

مرضی تشریح۔ الیکسس سینٹ مارٹن (Alexis St. Martin) کی مشہور اصابت میں یہ ثابت کیا گیا کہ غشائے مخاطی کی خراش کے بعد جلد ہی تغیرات نمودار ہو جاتے ہیں۔ سرخ دانے پیدا ہو جاتے ہیں، جو بعض اوقات ریمی مواد سے بھر جاتے ہیں، یا سرخ چکتیاں، یا قلاعی پپڑیاں، یا خراشیدگیاں موجود ہوتی ہیں۔ معدی رس کا افراز کم مقدار میں ہوتا ہے، اور مخاط آزادانہ خارج ہوتی ہے۔ بعض اوقات خفیف نزف بھی

343

واقع ہوتا ہے۔

علامات۔ اکال قسم سے جو علامات پیدا ہو جاتے ہیں وہ یہ ہیں :۔ شراسیف میں علاوہ درد اور الیمیت، خون اور مخاط کی قئے، اور ہبوط۔ بارہا اس کا نتیجہ موت ہوتا ہے۔ یہ اصابتیں سمومیات کی کتابوں میں بیان کی گئی ہیں۔

حاد التہاب المعدہ کی اس اصابت ہیں کہ جس سے زیادہ واسطہ پڑتا ہے، علامات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ حاد سوء ہضم۔ شیر خواروں کے معدی معائی التہاب کا بیان بعد میں درج ہوگا۔

یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ تپ محرقہ، انفلوئنزا اور التہاب زائدہ دودیہ (appendicitis) جیسے امراض کا آغاز حاد التہاب المعدہ کی صورت اختیار کرتا ہے۔

علاج۔ کچھ عرصہ تک غذا بالکل روک دینی چاہیئے۔ ازاں بعد غذا اسی قسم کی دینی چاہیئے جیسی کہ ہضمی قرحہ کے بیان میں علاج کی گئی ہے۔ درد کے لئے گرم تکمیدات یا پولٹسیں کام میں لائی جاسکتی ہیں، یا نہایت شدید اصابتوں میں مارفیا کا اشراب کیا جاسکتا ہے۔ اس دوا سے بعض اوقات مسلسل قئے میں افاقہ ہو جائے گا۔ بسمتھ اور ایک فوار مرکب (ملاحظہ ہو صفحہ 337)، یا آیوڈین کے صبغیہ کی ۲ یا ۳ بوندیں ایک چائے کے چمچہ بھر پانی میں ہر نصف گھنٹہ سے دینا بھی مفید ہے۔ ممکن ہے کہ حملے کے شروع میں سیفنی عمل (syphonage) کے ذریعہ معدے کو دھو ڈالنا اکثر مفید ثابت ہو۔

حاد تقیحی التہاب المعدہ (acute suppurative gastritis)

یا فلغمونی التہاب معدہ (phlegmonous gastritis)۔ معدے کی دیواروں کا تقیح ایک نہایت شاذ واقعہ ہے، جو یا تو ایک محدود خراج کی شکل میں یا ایک ریمی دررینش کی صورت میں واقع ہوتا ہے۔ اس کے علامات عموماً حاد معوی لسدد (acute intestinal obstruction) کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی شراسیف پر شدید درد ہوتا ہے (30)۔

مزمن التہاب المعدہ

(chronic gastritis)

بوجہ اُن سریع تغیرات کے جو موت کے بعد معدے میں اُس کا بعد الممات ہضم واقع ہو جانے کے باعث رونما ہو جاتے ہیں، یہ مرض انتہائی بحث و تمحیص کا موضوع رہا ہے۔ تاہم موت کے بعد فی الفور شکم کے اندر ۱۰ فی صدی فارملین کا اشراب کر دینے سے عمدہ تثبیت حاصل ہو سکتی ہے۔ مزمن التہاب المعدہ دو طریقوں سے پیدا ہو جاتا ہے:۔ (۱) جوئے خون کے ذریعہ سے، اُن سمّی یا ساری عاملات سے، جو پوری معدی سطح کو ماؤف کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔ (۲) بلا واسطہ، ایسے مضر عاملات کا غشائے مخاطی پر اثر ہونے سے جو کہ معدہ کے درون میں موجود ہیں۔ یہ اولاً بوابی التہاب المعدہ (pyloric gastritis) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں (جس سے معدے کا بوابی حصہ ماؤف ہو جاتا ہے) کیونکہ معدے کے مافیہ دوسری کسی جگہ کی نسبت اسی حصّہ میں زیادہ زور کے ساتھ دبائے جاتے ہیں (31)۔

ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک کا وافر افراز ہو، اور یہ افراز کھانا معدہ سے گزر جانے کے بعد بھی جاری رہے۔ بے ترشگی مزمن التہاب المعدہ کا آخری نتیجہ ہے۔ معدی بے کیلوسی ("achylia gastrica") کی اصطلاح اس خیال سے رائج کی گئی تھی کہ بعض اشخاص بنیتی طور پر ہائڈروکلورک ایسڈ (HCl) کا افراز پیدا نہیں کر سکتے، اور کسری امتحانی غذا کے اعداد و شمار سے یہاں تک پتہ چلتا ہے کہ ممکن ہے کہ ۴ فی صدی تندرست طلبا اس طرح ماؤف ہوں۔ لیکن یہ بعید الفہم معلوم ہوتا ہے کہ معدے کے اندر تندرست مفرز ترشہ خلیے موجود ہوں اور اُن کا کوئی فعل نہ ہو۔ مزید برآں اُس وقت بھی جب کہ آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ (free HCl) غیر موجود ہوتا ہے، پیپسن (pepsin) اور کلورائڈ کسی حد تک موجود پائے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل ۴۷)، اور غالباً تھوڑا فعال ہائڈروکلورک ایسڈ ("active HCl") بھی موجود ہوتا ہے۔ قطع نظر اس کے بعض اصابتوں میں یہ بے ترشگی حد سے زائد اثنا عشری باز روی کے سبب سے ہوتی ہے (14)، یا ممکن ہے کہ افراز کو پیدا کرنے کے لئے ایک ایسی امتحانی غذا جو ۷ فی صدی الکحل پر مشتمل ہو، دینے کی

ضرورت ہو یا ہسٹامین (histamine) کے ۰ر۵ ملی گرام کا انشراب کرنے کی ضرورت ہو۔
مستقل بے ترشگی یا بے کیلوسی کوئی فعلی حالت نہیں ہوسکتی۔ لہذا شدید عام دمویت یا
سرطان المعدہ کی غیر موجودگی میں اس حالت سے مزمن التہاب معدہ ظاہر ہوتا ہے۔ یہ
ذیابیطس اور گریو کے مرض میں عام ہے۔

اسباب۔ مزمن التہاب معدہ کا ایک خاندانی میلان پایا جاتا ہے۔ بچوں
میں حاد ساری امراض اور بالخصوص حاد معدی معوی التہاب سے مزمن خون زاد التہاب المعدہ
پیدا ہوسکتا ہے۔ اور بالغوں میں یہ مختلف حاد معوی سرایتوں، مثلاً: حمیر،
حمیات معویہ، التہاب زائدہ دودیہ، نیز یوی تمدن، گریو کے مرض، پلاگرا، رثیت نما
التہاب مفاصل، اور حمل کے تسممات الدم کا نتیجہ ہوسکتا ہے۔ التہاب المعدہ کی ہوائی قسم
ایسی غذا کا جو کہ ٹھیک طور پر تیار نہ کی گئی ہو، ادویہ اور خاص کر الکحل کا نتیجہ ہوسکتی ہے۔
یہ عاملات پہلے تو ہائیڈروکلورک ایسڈ کے افرازات کی تہییج کرتے ہیں جو ممکن ہے کہ
بہ افراط پیدا ہو جائیں۔ اور بعد میں صرف اسی وقت جب کہ التہاب معدہ سارے
معدے میں پھیل جاتا ہے بے ترشگی پیدا ہو جاتی ہے۔ اعداد و شمار کے لحاظ سے پایا گیا
ہے کہ بے ترشگی کی کثرت وقوع عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔

مرضی تشریح۔ خون زاد قسموں میں ابتدائی التہاب اپنی موجودگی مدوّر خلیوں
کی دَرریزش سے ظاہر کرتا ہے جو معدی غدد کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ کچھ عرصہ بعد غدد
مذبول ہو جاتے ہیں اور اُن کی جگہ اَریکی بافت پیدا ہو جاتی ہے، یا بعض مقامات پر غدد
دُویری ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات معوی سرحلمہ مع جام نما خلیہ اور بلکہ مع غددِ لائبرکون
(Lieberkuhn's glands) کے پیدا ہو جاتا ہے۔ جرابی التہاب المعدہ (follicular
gastritis) میں تمثیلی لمف آسا جرابات کی تکوین ہوتی ہے۔ ایسے ہی تغیرات ہوائی قسم
میں بھی واقع ہوسکتے ہیں، لیکن مزید برآں ممکن ہے کہ غشائے مخاطی کی سطح حلمہ دار ہو، بلکہ
ایک باقاعدہ سعدانیت ظاہر ہو اور اوپری تار کلات ممیز ہوتے ہیں۔

علامات۔ خون زاد قسم میں عام ترین علامات یہ ہیں:۔ ریحیت، قبض یا
اسہال یا باری باری سے دونوں، زخمی زبان، مذبول حلیموں یا تقرح کے ساتھ جیسی کہ
متلف عدم دمویت میں پائی جاتی ہے، تکان، انخفاض، بے خوابی، اور حقیقۃً ممکن ہے کہ

سوءِ ہضم کی علامتیں بالکل نہوں۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان کی موجودگی کا انحصار التہاب کی فعالیت پر ہوتا ہے۔ پاخانہ میں مخفی خون پایا جاتا ہے۔ اس کے برعکس بوابی التہاب المعدہ بالکل ویسے ہی علامات پیدا کر سکتا ہے جیسے کہ ایک مجاور البواب قرحہ (جو ملاحظہ ہو) کے ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی ہائڈروکلورک ایسڈ کا افراز معمول کے نسبت بہت زیادہ ہوتا ہے اور درد گرسنگی بلکہ قئے الدم موجود ہوتے ہیں۔ مزید برآں جب معدے کا بوابی حصہ ہضمی قرحہ کے باعث بذریعہ عملیہ دور کر دیا گیا ہو، تو اس کا خردبین سے امتحان کرنے پر پایا جائے گا کہ اکثر اوقات ایک بوابی التہاب المعدہ بلکہ التہاب اثنا عشری موجود ہے، جو اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ ہضمی قرحہ اکثر اوقات محض ایسی حالت کی ایک ترقی یافتہ شکل ہے۔ مزمن التہاب معدہ آخری درجوں میں جب کہ بے ترشگی پیدا ہو جاتی ہے، خرد خلوی عدم دمویت (سادہ عدم حامضی عدم دمویت)، متلف عدم دمویت، اور نخاع شوکی کے تحت الحاد مجموعی اختلاط کے ساتھ متلازم پایا جاتا ہے۔ یہ سرطان معدہ کی استعداد پیدا کرتا ہے، لیکن یہاں جو دقت پیش آتی ہے وہ یہ ہے کہ بے ترشگی عورتوں میں نسبتہً زیادہ عام ہے، حالانکہ سرطان معدہ مردوں میں زیادہ عام ہے۔

تشخیص۔ بے ترشگی کی اہمیت پہلے بیان کی گئی ہے۔ وہ سوءِ ہضم جو بیش افراز کے ساتھ متلازم ہو التہاب المعدہ سے، اور بالخصوص اس کی بوابی قسم سے منسوب کیا جا سکتا ہے، بشرطیکہ اس کے دوسرے اسباب مستثنیٰ کر دئے گئے ہوں۔

علاج۔ بے ترشگی کے لئے ایک ڈرام ہائڈروکلورک ایسڈ مرقق (acid hydrochlor. dil.) چار اونس پانی میں کھانے کے ساتھ دینا چاہئے۔ سوءِ ہضم کے علاج پر پہلے غور کیا جا چکا ہے۔

ہضمی قرحہ

(peptic ulcer)

معدہ اور اثنا عشری کا قرحہ

ترشئی معدی رس کے ساتھ عادتاً متماس ہونے والے مخاطی اغشیہ پر تقریح واقع ہونا نہایت امکان ہوتا ہے۔ ایسے قروح کو بہ لحاظ سہولت ہضمی کہتے ہیں، اور ان کی کئی قسمیں ہوتی ہیں۔ حاد قرحہ (acute ulcer)، جو نہایت عام طور پر متعدد ہوتا ہے،

شکل میں غشائے مخاطی کے ایک چھوٹے سے اوپری تاکل سے لے کر ایک انچ قطر تک مختلف ہوتا ہے۔ مزمن قروح (chronic ulcers) عموماً منفرد ہوتے ہیں اور ان کی بہترین جماعت بندی اُن کے محل وقوع کے لحاظ سے کی جا سکتی ہے:۔ (۱) جسم معدہ میں عموماً انحنائے صغیر پر اور اگلی سطح کے نسبت زیادہ تر پچھلی سطح پر۔ (۲) معدے کے بوابی حصے میں، عموماً انحنائے صغیر اور پچھلی سطح پر لیکن پھیلنے پر حلقہ بوابی سے ½ انچ دور رہتے ہیں اور اس سے زیادہ قریب نہیں جاتے۔ (۳) اثنا عشری کے پہلے حصے میں عموماً پیچھے کی طرف۔ اس سلسلہ میں یاد رکھنا چاہیئے کہ اثنا عشری کے پہلے حصے کا فعل اس کے دوسرے حصوں کے فعل سے بالکل مختلف ہوتا ہے لیکن وہ معدے کے بوابی حصے سے زیادہ قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ مثلاً ترشئی کیموس بواب کی راہ سے اثنا عشری کے پہلے حصے میں دھکیلی جاتی ہے، اور جب تک کہ حرکت دودیہ کی دوسری موج کچھ اور کیموس آگے کی طرف نہ دھکیلے جو اس کی جگہ لے وہ وہیں ٹھیری رہتی ہے۔ عین بوابی حلقہ پر واقع ہونے والے قروح چنداں عام نہیں۔ جسم معدہ میں کے قروح اکثر ممیز خصائص رکھتے ہیں، اور ان قروح اور بوابی قروح کو محض اس وجہ سے کہ یہ دونوں اتفاق سے ایک ساتھ معدہ کے اندر واقع ہوئے ہیں، "معدی قروح" کے عنوان کے تحت ایک ساتھ گروہ بند کرنے سے بہت کچھ غلط مبحث پیدا ہو گیا ہے حالانکہ بوابی قروح اثنا عشری کے قروح کے ساتھ نسبتہً زیادہ قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ بوابی اور اثنا عشری قروح پر ایک ساتھ مجاور البواب قروح (juxta-pyloric) کی حیثیت سے غور کرنا چاہیئے معدہ اور اثنا عشری دونوں کے قروح بیک وقت موجود ہو سکتے ہیں۔

345

اسباب۔ حاد ہضمی قروح بے قاعدہ طور پر جا بجا منتشر واقع ہوتے ہیں، اور غالباً مرد، عورت دونوں جنسوں میں بالکل عام ہیں۔ لیکن وہ عورتوں میں نسبتہً زیادہ عام ہوتے ہیں اور بالخصوص جسم معدہ کو ماؤف کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اس مقام کے بعض قروح مزمن ہو جاتے ہیں، اگرچہ ان میں سے بیشتر کافی سرعت کے ساتھ مندمل ہو جاتے ہیں۔ تاہم ممکن ہے کہ بعد میں وہ پھر پیدا ہو جائیں اور پھر مندمل ہو جائیں۔ اس عمل کا تسلسل، یعنے حاد ناکس تقرح، ریت گھڑی معدہ (hour-glass stomach) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے، اس قسم کا معدہ مردوں کے نسبت

عورتوں میں بہت زیادہ عام ہے (32)۔ ہضمی تقرح عورتوں میں نہایت عام طور پر جسم معدہ کے اندر واقع ہوتا ہے، لیکن مردوں میں وہ نہایت عام طور پر مجاور البواب خطے میں ہوا کرتا ہے اور اس قدر اچھی طرح مندمل نہیں ہوتا۔ اسی وجہ سے ہم پاتے ہیں کہ (۱) مزمن اثنا عشری قرحہ عورتوں کے نسبت مردوں میں چوگنے سے لے کر چھ گنا تک زیادہ عام ہوتا ہے، لیکن (۲) مزمن معدی قرحہ دونوں جنسوں میں تقریباً مساوی طور پر عام ہوتا ہے کیونکہ بوابی خطے میں مذکر تقرح کی کثرت وقوع سے جسم معدہ کی مونث کثرت وقوع کی تقریباً تعدیل ہو جاتی ہے' اور (۳) قرحی ندبات زیادہ عام طور پر جسم معدہ میں ملتے ہیں (33)۔ حال میں یہ ادعا کیا گیا ہے کہ عورتوں میں اثنا عشری قرحہ معدی قرحہ کی بہ نسبت زیادہ عام ہے' لیکن یہ کہ التہاب مرارہ کے سلسلۂ علامات سے اس کی مشابہت پائی جاتی ہے (29)۔ ہضمی قرحہ خاندانوں میں واقع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ نہایت اتفاقی طور پر معدی قرحہ آتشک کے سبب سے ہوتا ہے۔ بلا درد قئ الدم جو نوجوان عورتوں میں اس قدر عام ہے اور جسے معدی نضیض (gastrostaxis) کہتے ہیں' حاد تقرح کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ضررات اکثر اوقات اس قدر چھوٹے ہوتے ہیں کہ انھیں نزفی تارکلات کہتے ہیں' اور اس قدر وسیع پھیلے ہوئے کہ ممکن ہے کہ غشائے مخاطی تقطر خون کا منظر پیش کرے۔ ایسی حالت میں مزمن التہاب المعدہ کا اشتداد ہو جاتا ہے۔ ہضمی قرحہ اور بوابی التہاب المعدہ کا تعلق بیان ہو چکا ہے۔ اثنا عشری قرحہ کا وقوع شیرخوار بچوں میں بھی بیان کیا گیا ہے۔

مرضی تشریح۔ حاد قرحہ۔ ابتدائی درجہ میں ممکن ہے کہ ایک اوپری تنخری ضرر موجود ہو' جس کے حاشئے سرخ ہوں اور جو مخاطی طبقہ کی ایک خفیف سی اٹھی ہوئی اور دبیز جھلی پر واقع ہو' پھر انکشاف واقع ہو کر اس کے پیندے میں چھوٹے چھوٹے عروق منکشف ہو جاتے ہیں' اور یہ پیندا اکثر متغیر خون کی ایک پتلی سیاہ پرت سے ڈھک جاتا ہے۔ جب اندمال ہونا ہو تو اس پرت کے جدا ہو کر اتر جانے سے ایک صاف پیندا باقی رہ جاتا ہے۔ یہ قروح ایک سنبہ کی ہوئی شکل کے ہوتے ہیں۔ نسبتاً چھوٹے قروح بالکل اتھلے ہوتے ہیں' کیونکہ وہ صرف مخاطی طبقہ کو ماؤف کرتے ہیں۔ نسبتاً بڑے قروح چھید کرتے ہوئے عضلی طبقہ میں پہنچ جاتے ہیں اور ان کی شکل

"نہایت نمایاں ہوتی ہے کیونکہ قرحہ جوں جوں زیادہ زیادہ گہرائی تک چھید کرتا جاتا ہے اُسی قدر وہ زیادہ تنگ ہوتا جاتا ہے۔ مزمن قرحہ عموماً نسبتہً بہت بڑا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اُس کا قطرہ یا ۲ انچ تک پہنچ جائے۔ وہ دیوار معدہ میں گہرا پھیلتا ہے۔ التہابی لیفی آسا مادہ کی دررزش ہونے کی وجہ سے اُس کی کوریں دبیز اور اُبھری ہوئی ہوتی ہیں اور متقرح سطح کے اوپر سایہ کئے ہوئے ہوتی ہیں۔ اور دبازت تھوڑے فاصلہ تک آس پاس کی غشائے مخاطی میں پھیل جاتی ہے۔ جب مزمن قرحہ فعال حالت میں ہوتا ہے تو اُس کے پیندے میں اغشائی التہابی ارتشاح کا ایک تنگ منطقہ ہوتا ہے۔ جب وہ حالت اندمال میں ہوتا ہے تو علیشتہ علیحدہ ہو کر قرحہ کا پیندا صاف ہو جاتا ہے' اُس کے حاشیے نسبتہً زیادہ چپٹے ہو جاتے ہیں' اور سر خلیہ اندر کی طرف بڑھ کر پیندے پر آجاتا ہے۔ قرحۂ تعفن میں عمل اندمال ٹھہرا ہوا رہتا ہے۔

جب یہ تقرح باریطون تک پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ باریطون پھٹکر انثقاب واقع ہو جائے۔ یہ انثقاب معدہ اور اثنا عشری دونوں کی پچھلی دیوار پر بہ نسبت اگلی دیوار کے زیادہ عام ہے۔ حشائی مافیہ کہفۂ باریطونی میں داخل ہو جاتے ہیں اور شدید عام التہاب باریطون' یا ایک زیادہ محدود المقام پھوڑا پیدا کر دیتے ہیں' (گرد معدی خراج ۔perigastric abscess' یا نہ یں ڈائفرامی پھوڑا subphrenic abscess: (ملاحظہ ہو صفحہ 416) - اب یہی پھوڑا ممکن ہے ڈائفرام کو چھید کر ذات الریۂ ذات الجنب یا التہاب تامور پیدا کر دے' یا ممکن ہے کہ یہ قولون یا اثنا عشری میں چھید کر دے' یا پھر ممکن ہے کہ یہ عام کہفہ باریطونی میں پھوٹ پڑے۔ مزمن انثقاب کی اصطلاح اُس قرحہ کیلئے استعمال کیجاتی ہے جو ایک وقت میں تھوڑا تھوڑا کر کے عرصۂ دراز تک کہفۂ باریطونی کے اندر ٹپکتا رہتا ہے' اس سے انضمامات بن کر خاص کہفۂ باریطونی کے ساتھ مواصلت منقطع کر دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ انضمامات اس قدر کثیف ہوں کہ سرطان کا گمان پیدا کر دیں۔ معدہ اِس قرحہ کی راہ سے ایک بڑے کہفہ سے مواصلت حاصل کر لیتا ہے جو معدے سے باہر ہوتا ہے اور بعض اوقات تاچۂ صغیر کے بشتہ جسے پر شامل ہوتا ہے۔ نسبتہً زیادہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ التہابی عمل مصلی سطح تک پھیلتا ہے' اور اِس سے پہلے کہ انثقاب واقع ہو سکے معدے کو متصلہ اعضا میں سے کسی ایک کے ساتھ چپکا دیتا ہے۔ یہ عضو بیشتر

اوقات لبلبہ یا جگر کا بایاں لختہ ہوتا ہے، لیکن کبھی کبھی ڈانفرامِ طحال، قولون اگلی دیوارِ
شکم، بلکہ فوق الکلوی کیسہ کے ساتھ بھی انضمام واقع ہو جاتا ہے۔ پھر تقرحی عمل ان آپس میں
چپکے ہوئے عضو کے اندر پھیل جاتا ہے اور اس طرح ممکن ہے کہ جگر اور لبلبہ کے اندر کھفے
بن جائیں۔ نہایت شاذ اصابتوں میں قولون کے اندر یا جلد کے آر پار ناسور پیدا
ہو سکتے ہیں۔ نزف ایک عام واقعہ ہے، جو بیشتر ان معدی عروق میں سے ہوتا ہے جو
قرحہ کی دیوار میں ہوتے ہیں، لیکن بعض اوقات لبلبہ کے ساتھ انضمام ہونے اور اس کا
تقرح واقع ہونے کے بعد طحالی شریان سے بھی نزف ہوتا ہے۔

لیکن بہت سے قرحے بالکل اچھے ہو جاتے ہیں، چنانچہ اکثر چھوٹے چھوٹے ندبات
پائے جاتے ہیں۔ یہ اکثر مشکل سے نظر آتے ہیں، اور بارہا امتحان بعد الممات میں نظر انداز
ہو جاتے ہیں۔ نسبتہً بڑے ندبات، جو دبیز اور جھرّی دار ہوتے ہیں، خود بھی بے انتہا
تکلیف کا باعث ہو سکتے ہیں۔ مثلاً بواب کے مقام پر یا اس کے قریب وہ اپنے انقباض
سے ضیق اور اس کی وجہ سے اتساعِ معدہ پیدا کر سکتے ہیں۔ اگر وہ بوابی سرے
کے قریب ہوں تو ممکن ہے کہ معدہ منقبض ہو۔ بعض اوقات ایک ساعت گھڑی
انقباض قرحہ کی وجہ سے ہوتا ہے۔ گرد معدی انضمامات بعض اوقات درد
اور کھنچاوٹ کے احساسات پیدا کر دیتے ہیں۔ سرطان کے ساتھ معدی قرحہ کے تعلق
پر صفحہ 353 پر غور کیا گیا ہے۔

امراضیات۔ بولٹن (Bolton) نے ایک مخصوص معدہ سمی مصل تیار
کر کے اور معدے کی باریطونی سطح کے نیچے اس کا اشراب کر کے حیوانات میں تجربتہً
قروح پیدا کئے۔ اشراب کا نتیجہ یہ ہوا کہ خلیات حیویت ربودہ ہو گئے اور معدے کے
ہائڈروکلورک ایسڈ نے ان خلیات کے ہضم میں حصہ لیا، جس سے ایک حاد
قرحہ بن گیا۔ جب معدی مافیہ کو قلوی رکھا گیا تو قرحہ نہ بنا۔ انسان میں قدرتی
طور پر واقع ہونے والے قرحہ کی توجیہ بھی اسی اصول کے مطابق کی جا سکتی ہے۔
ممکن ہے کہ ایسے کئی مختلف عاملات ہوں جو بولٹن کے معدہ سمی مصل کا سا عمل کرتے
ہوں، مثلاً سداویت جو کسی دوسرے مقام پر کے عفونی مراکز، مزمن طور پر ملتہب زائدہ
دودیہ یا مرارہ، عفونی دانتوں، یا وسیع اور سرایت زدہ احتراقات کی وجہ سے پیدا

الف ۔ معدی کے زیریں سرے پر کا انعطاف مریض چیت پڑا ہے

ب ۔ انحنا صغیر پر معدی قرحہ جو کہ ایک طاقچہ کے ذریعہ دکھایا گیا ہے کچھ مقابلی تشنج موجود ہے ۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہیں)

المقابل صفحہ 346

ہوجائے۔ یا چھوٹے عروق کی وریدی علقیت یا نزف، جو بعض اوقات بابی تسدد کی وجہ سے واقع ہوجاتا ہے۔ شاذ موقعوں پر ممکن ہے کہ معدہ براہ راست کسی چوٹ سے زخمی ہوجائے، یا ایک اوّلی بوابی التہاب المعدہ موجود ہو۔ ہائڈروکلورک ایسڈ اور پیپسین تسخیری بافت کو ہضم کر کے قرحہ پیدا کر دیتے ہیں۔ قروح بولٹن جو تجربتہً پیدا کئے گئے بآسانی چند ہی ہفتوں میں اچھے ہوگئے۔ جب ان قروح کو جراثیمی کاشتوں سے سرایت زدہ بنانے کی کوشش کی گئی، یا جانور کو عدیم الدم بنانے کے لئے اُس کا خون نکالا گیا تو اِندمال کی شرح میں بہت کم تبدیلی ہوئی۔ لیکن جب اِن جانوروں (بلیوں) کو دودھ کے بجائے گوشت کی غذا دی گئی یا بواب کی کسی قدر مسدودی پیدا کی گئی، تاکہ معدہ خالی ہونے میں تاخیر ہوجائے تو اِندمال واقع ہونے میں واضح طور پر تاخیر ہوئی۔ بندروں میں ہائڈروکلورک ایسڈ دینے سے اِندمال میں کسیقدر تاخیر ہوگئی، اور بواب کو جزئہً مسدود کر دینے سے یہ تاخیر نمایاں طور پر زیادہ ہوگئی۔ اس میں شک نہیں کہ انسان میں بہت سے قروح کافی سرعت کے ساتھ اچھے ہوجاتے ہیں، لیکن ان کی کچھ تعداد ایسی ہے جو کہ قائم رہتی ہے اور بتدریج متغیر ہوکر مزمن قرحہ بن جاتی ہے، جس کے دو ممکن سبب ہوسکتے ہیں:— (۱) ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک ایسڈ اِس تغیر کے پیدا کرنے میں حصہ لیتا ہو۔ لیکن مجاور البواب قرحہ کی حالت میں معدی صائمی تفویہ (gastro-jejunostomy) کا عملیہ معدی رَس کے ہائڈروکلورک ایسڈ میں بہت کم تغیر پیدا کرتا ہے، اور ان مشاہدات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ عامل کوئی بڑی اہمیت نہیں رکھتا (39) (۲) معدی دیوار کے تناؤ کی زیادتی بھی عام ہے، جو درد یا تکلیف کے احساسات پیدا کر دیتی ہے، اور یہ حرکات، جو کہ غالباً عضلات عاصرہ کی مسدودی یا بالائی غذائی خطے کے مختلف حصوں کے تشنجات یا مزمن اثنا عشری ایلاؤس (chronic duodenal ileus) (40) کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں، ممکن ہے اور بھی زیادہ اہم عامل ہوں، کیونکہ نسبتہً بلند درجہ کے دباؤ کے اندراجات حاصل ہوئے ہیں (7)۔ یہ ممکن ہے کہ ایک دائرہ فاسدہ قائم ہوجائے، یعنی اولاً قرحہ بلند تناؤ پیدا کر دیتا ہے، اور وہ اُس کے اِندمال کو روکنے کا رجحان رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک ایسڈ اس طرح عمل کرتا ہو کہ وہ بواب کی معکوس مسدودی پیدا کر کے اس طرح میکانی عامل کو زیادہ شدید کر دیتا ہو۔

بالآخر یہ حقیقت بیان کردینا ضروری ہے کہ لوزتین اور مختلف منبعوں سے پست قشیت والے نبقات سبحیہ کی ایسی نسلیں جدا کی گئی ہیں، جن کے وریدی اشرابات جانوروں میں ہضمی قرحہ پیدا کردیتے ہیں، اور انسان کے قرحوں میں بھی یہی دقیق عضویے قدرتی طور پر موجود ہوتے ہیں، چنانچہ معلوم ہوتا ہے کہ جس طرح تپ محرقہ کے عصیئے آنت پر حملہ آور ہوتے ہیں، اسی طرح یہ بھی معدے اور اثنا عشری کے لئے ایک نوعی الف رکھتے ہیں۔ اس مظہر کو انتخابی تحیز (elective localization) کہتے ہیں (41)۔

347

ہضمی قرحہ کے ساتھ التہاب زائدہ دودیہ اور التہاب مرارہ ہمزماں طور پر موجود ہوسکتے ہیں (شکلی مثلث) اور تینوں اضرار سے ایک ہی نبقۂ سبحیہ تفریدکیا گیا ہے (29)

علامات۔ حاد قرحہ۔ متعدد اصابتوں میں پہلی دلالت، قرحہ سے نزف ہونے کی وجہ سے ہوا کرتی ہے۔ **معدی قرحہ** کی اصابتوں میں اکثر اس سے قیئ الدم یعنے خون کی قئے ہوجایا کرتی ہے، اور ممکن ہے کہ خون خالص ہو یا معدی مافیہ کے ساتھ مخلوط ہو۔ مریض کو غشی سی محسوس ہوتی ہے، شراسیف میں ضیق کا احساس ہوتا ہے، اور چند منٹ میں خون کی قئے ہوجاتی ہے، جس کی مقدار ایک یا دو پینٹ تک ہوسکتی ہے۔ معدے کے اندر نکلے ہوئے خون میں سے کچھ آنت کے اندر پہنچ جاتا ہے، اس کی ہیموگلوبین (hæmoglobin) متغیر ہوکر ہیماٹین (hæmatin) اور ہیماٹوپورفائرین (hæmatoporphyrin) بن جاتی ہے اور پھر جو اجابتیں ہوتی ہیں وہ سیاہ، راب جیسی، یا تارکول جیسی ہوتی ہیں۔ اسی حالت کا نام براز دم الاسود (melæna) ہے۔ ممکن ہے کہ ایسی اجابتیں قیئ الدم کے موقوف ہوجانے کے چند گھنٹوں بعد ظاہر ہوں۔ خالص خون کی قئے آنا شاذ ہی مہلک ہوتا ہے۔ عموماً وہ یکلخت موقوف ہوجاتی ہے اور ممکن ہے کہ مکرر نہ ہو۔ خون کے نقصان کی وجہ سے شدید درجہ کی عدم دمویت اور کمزوری ہوجاتی ہے۔ **اثنا عشری قرحہ** میں قیئ الدم کا ہونا بھی ممکن ہے۔ لیکن رجحان یہ ہوتا ہے کہ خون کا بیشتر حصہ براہ معاء مستقیم براز دم الاسود کے طور پر خارج ہوتا ہے۔ نزف کے علاوہ، ہضمی قرحہ سوء ہضم کے علامات پیدا کرسکتا ہے، جن کا آغاز حاد ہوتا ہے۔ ان علامات کے ساتھ شاید معدی افراز کی اطالت بھی ہوجاتی ہے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے (صفحہ 335 پر)۔ قرحہ کے

انثقاب سے شاذ ہی اس کی موجودگی کی پہلی دلالت حاصل ہوتی ہے۔

جسم معدہ کے مزمن قرحہ کا ممیز خاصہ درد ہے، جو غضروف خنجری کے عین نیچے، شراسیف میں گہرائی پر محسوس ہوتا ہے، یا بعض اوقات ناف سے زیادہ قریب، یا خطِ درمیانی سے دائیں جانب کو یا بائیں جانب کو، اور بائیں کے نسبت دائیں جانب کو زیادہ کثرت سے۔ یہ ادخال غذا سے پیدا ہو جاتا ہے، اور کھانے کے نصف گھنٹے بعد سے لے کر دو گھنٹے بعد تک شروع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ قے ہونے تک شدت کے ساتھ جاری رہے اور قے سے اس میں عموماً تخفیف ہو جاتی ہے، یا اس وقت جب کہ غذا معدے کو چھوڑ کر آگے جاتی ہے اس میں افاقہ ہو جاتا ہے۔ درد کی نوعیت ناخسنر یا ناقب یا سوزشی ہوتی ہے اور یہ کسی دوسرے معدی عارضہ کے نسبت اس مرض میں زیادہ شدید نوعیت کا ہوتا ہے۔ بعض اوقات پشت میں، آٹھویں ظہری اور دوسرے قطنی فقرات کے درمیان، بلکہ پیشانی پر بھی درد ہوتا ہے۔ درد کے ساتھ ہی، اور اکثر اوقات درد کے رفع ہو جانے کے بعد بھی کچھ تھوڑے عرصہ تک جلدی بیش حسیت دیکھی جاتی ہے، یا اگر جلد میں ہلکی سی چٹکی بھری جائے تو تکلیف معلوم ہوتی ہے۔ سوزش سینہ (ملاحظہ ہو صفحہ 336) کسیقدر عام ہوتی ہے، لیکن گرسنگی کے درد صرف ایک چوتھائی اصابتوں میں ملتے ہیں۔ مگر معدے کے بالکل خالی ہو جانے میں اکثر تاخیر ہوتی ہے، اگرچہ ابتداءً جلد ہی معدے سے باہر چلی جاتی ہے (33)۔ ہائڈروکلورک ایسڈ کا افراز طبعی پایا جاتا ہے (39)۔

مزمن مجاورِ البواب قرحہ۔ درد کی نوعیت ویسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ پہلے بیان کی گئی ہے۔ لیکن بعض اوقات درد ناف کے دائیں جانب محسوس ہوتا ہے، اور وہ غذا کے دو تین یا چار گھنٹے بعد شروع ہوتا ہے، یا مریض کو علی الصباح جگا دیتا ہے۔ یہ درد کچھ غذا لینے سے کم ہو جاتا ہے، اسی واسطے اس کو دردِ گرسنگی کہتے ہیں۔ اس مرض کی اصابتیں دو قسموں کی ہوتی ہیں:۔ (۱) جب کہ بواب آزادانہ طور پر کھلتا ہے اور معدہ جلد ہی غذا کو خارج کر کے خالی ہو جاتا ہے۔ سکونی رس کی نمایاں بیش ترشگی ہوتی ہے، جو شاید اثنا عشری قرحہ کی حالت میں نمایاں ترین ہوتی ہے، اور معدہ خالی ہو جانے کے بعد نہایت تیز ترشئی رس کا افراز طویل عرصہ تک ہوتا رہتا ہے۔ (۲) جب کہ بواب

ابتداءً تو آزادانہ طور پر کھلتا ہے لیکن بعد میں اس کا تشنج ہو جاتا ہے۔ یہ بوابی ضیق کا ابتدائی درجہ ہے۔ معدی رس کا ہائڈروکلورک ایسڈ ایک بڑھتا ہوا منحنی ظاہر کرتا ہے، اور اس کے ساتھ بھی طویل عرصہ تک افراز اور بیش ترشگی پائے جاتے ہیں۔ لیکن معدے کے خالی ہونے میں دیر ہو جاتی ہے، اور قئے کا ہونا عام ہے۔ جب کوئی بڑی شریان متاکل ہو گئی ہو تو ممکن ہے کہ نزف شدید ہو یا ہلاک ہو جائے۔ اس حالت میں قئے کئے ہوئے خون میں اس کی شریانی چمک باقی رہتی ہے۔ ممکن ہے کہ علامات میں تخفیف ہو جائے لیکن سرگذشت اس قدر طولانی نہیں ہوتی جس قدر کہ جسم معدہ کے قرحہ میں، کیونکہ آغاز پذیر بوابی ضیق کی وجہ سے علامات عموماً شدید تر ہو جاتے ہیں اور اساسی علاج کی زیادہ ضرورت ہوتی ہے۔

مزمن ہضمی قرحہ میں دوسرے وہ علامات بھی جو مزمن سوء ہضم کے تحت بیان کئے گئے ہیں [جیسے کہ ریحیت (flatulence) اور تمدد (distension)] عموماً موجود ہوتے ہیں۔ مسلسل درد قئے کی وجہ سے غذا کا تمثل ناقص ہونا اور نقصان خون قدرتی طور پر جلد یا دیر سے مریض کی عام حالت کو کمزور کر دیتے اور عدم دمویت پیدا کر دیتے ہیں۔ لیکن بخار نہیں ہوتا، زبان صاف ہوتی ہے، اور بھوک اکثر نہایت اچھی ہوتی اور متلی غیر موجود ہوتی ہے۔ تاہم قبض اکثر ہوا کرتا ہے۔ امتحان شکم سے عموماً کچھ ظاہر نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ شکم کی دیواروں کی کچھ سختی موجود ہو یا وہ تنی ہوئی ہوں۔ صرف ایسے پرانے قرحوں میں، جن میں دبازت زیادہ ہو گئی ہو، یا دوسرے اعضا کے ساتھ انضمام ہو گیا ہو، سلعہ ایسی کوئی چیز محسوس ہو سکتی ہے۔ اور اگر بوابی ضیق پیدا ہو جائے تو ممکن ہے کہ تتسع معدہ شناخت کیا جا سکے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶) اور مرئی حرکت دودیہ موجود ہو۔

تشخیص۔ قئے الدم کے مریض میں جہاں نزف ہی واحد علامت ہو، ساری مبدا روالے حاد قرحہ کی تشخیص قائم کرنے سے پہلے کہبت جگر (cirrhosis of the liver) اور طحالی عدم دمویت (splenic anaemia) کا خیال ضرور کر لینا چاہیے۔ قئے الدم کو نفث الدم کے ساتھ یا نکسیر کے بعد واقع ہونے والی خون کی قئے کے ساتھ خلط ملط نہیں کر دینا چاہیے۔ مزمن ہضمی قرحہ کے ساتھ جن شکایتوں کے خلط ملط ہو جانے کا

امکان ہوا کرتا ہے وہ یہ ہیں:۔ سوءِ ہضم کے مختلف اقسام جو پہلے بیان کئے گئے ہیں، سرطان اور مزمن التہاب زائدہ دودیہ (زائدی سوءِ ہضم: appendix dyspepsia) یا وہ سوءِ ہضم جو حصواتِ صفراویہ (gall stones) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔

ایک ایسی امتحانی غذا سے، جو "آزاد" یا "فعال" ہائڈروکلورک ایسڈ کا بلند ارتکاز ظاہر کرے، مجاورالبواب قرحہ کی تائید ہوتی ہے۔ اس غذا میں خون کی نہایت خفیف سی مقدار کی موجودگی نہایت معنی خیز ہے، گو کہ ممکن ہے کہ وہ غشائے مخاطی کی خفیف سی اس ضرب سے پیدا ہوگئی ہو جو نلی سے واقع ہوجاتی ہے۔ لیکن پاخانوں میں مخفی خون کی، اور برازی خلاصہ میں ہیا ٹو پورفرین کے طیف کی موجودگی معدی یا اثنا عشری قرحہ کی تائید میں ایک قیمتی شہادت ہے۔

مزمن معدی قرحہ کی تائید میں سب سے زیادہ قیمتی شہادت غیر شفاف غذا کھانے کے بعد لاشعاعوں کے ذریعہ سے حاصل ہوتی ہے۔ انحنائے صغیر کے قریب معدے کی کور پر ایک چھوٹا ابھار ایک قیف یا تھیلی کی شکل میں نکلا ہوا نظر آتا ہے (جسے طاقچہ یا عطفہ کہتے ہیں) (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۳ ب)۔ اس ابھار کا انحصار قرحی کہفہ کے اندر معدی مافیہ کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ اور اگر عمل اندمال میں وہ کہفہ مٹ رہا ہے تو یہ ابھار نہیں نظر آئیگا۔ معدے کی پچھلی سطح پر کا قرحی کہفہ اس وقت نظر نہیں آئے گا جب کہ معدہ بھرا ہوا ہو، اُس کی تشخیص کے لئے یہ ضروری ہے کہ جب مریض پہلا نوالہ کھا چکے تو دیوار شکم کو ہاتھ سے اس طرح سہلا دیا جائے کہ کھایا ہوا غیر شفاف مادہ دیوارِ معدہ پر پھیل جائے۔ جس میں کچھ مادہ قرحی کہفہ میں چپک کر اُس کو نمایاں کر دے گا۔ سب میں نہیں مگر بعض حالتوں میں یہ ابھار انحنائے کبیر کے ایک گہرے دندانے یا کٹاؤ یا ثلمہ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، جو اسی لیول پر یا اس سے کسی قدر اوپر یا نیچے ہوتا ہے، اور تشنج کے باعث پیدا ہوجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ محدود المقام دردناک نقاط بھی ہوں۔ ممکن ہے کہ بلا ابھار کے یہ دندانہ تنہا ہی نظر آئے اور اس کا محل وقوع مستقل رہے جب کہ علامات پر سے یہ نتیجہ نکالا جائے گا کہ قرحہ مندمل ہوگیا ہے۔ ایسی حالت میں ممکن ہے کہ لیفی بافت کے جماؤ کی وجہ سے یہ تشنج مستقل ہوجائے اور ایک نڈبی ریت گھڑی معدہ پیدا ہوجائے۔ یہ دندانہ اثنا عشری قرحہ یا التہاب زائدہ دودیہ کی حالت میں بھی واقع ہوسکتا ہے، لہذا

بذات خود معدی قرحہ کا تشخص نہیں۔ یہ دیکھنا بھی اہم ہے کہ معدے کے خالی ہونے میں کس قدر وقت لگتا ہے، تاکہ بوّابی تشنج اور اسی طرح ندبی بوابی ضیق کا پتہ لگ جائے۔ ثبت تعامل واژرمن سے یہ اشارہ ہوگا کہ معدی قرحہ آتشکی ہے، چنانچہ دوسرے مناسب طبی علاج کے علاوہ دافع آتشک تدابیر اختیار کرنا چاہیئے (38)۔

مزمن اثناعشری قرحہ کی تشخیص اثنا عشری کلاہ کے لاشعاعی منظر سے کی جا سکتی ہے۔ اگر غیر شفاف غذا کے ساتھ سوڈیم بائی کاربونیٹ دے دیا جائے تو یہ کلاہ بہترین دکھلائی دیتی ہے۔ اس قرحہ کی شکلیں نہایت تغیر پذیر ہوتی ہیں، کیونکہ اُن کا انحصار کچھ تو قرحی کہفہ پر ہوتا ہے اور کچھ عضلی طبقہ کے تشنج پر (ملاحظہ ہو صفحات ۲۴ اور ۲۵)۔

اثناعشری کے عطفات، لاشعاعوں سے نظر آتے ہیں، اور نسبتہً عام ہیں۔ قرحہ سے ان کو تمیز نہیں کیا جا سکتا اور بلاشبہ بعض اصابتوں میں وہ مندمل شدہ قرحات ہی ہوتے ہیں۔ تاہم علامات اکثر اوقات قرحہ کے علامات سے ملتے جلتے ہیں۔ پاکٹ، بالعموم ایک انگلی کی نوک کی جسامت رکھتا ہے، اور حصہ اول اور حصہ دوم کے اتصال پر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ حصہ دوم اور حصہ سوم میں اور معا میں واقع ہو، لیکن یہاں اس کا علامات پیدا کرنا اس قدر عام نہیں ہے۔ مرارہ کے ساتھ انضمام ہونا اور حصہ دوم اور حصہ سوم کے اتصال پر مروڑ پڑنا، عطفات سے ملتے جلتے مناظر پیدا کرتا ہے (34)۔

اِنذار۔ مزمن معدی قرحہ کی ۱۵۰ اصابتوں اور مزمن اثناعشری قرحہ کی ۲۰۰ اصابتوں پر ایک ساتھ غور کر کے اُن کے سببِ موت کا تجزیہ کیا گیا تو ظاہر ہوا کہ ۱۵ فی صدی میں موت کا سبب انثقاب ہے، جو معدی قرحہ کے نسبت اثناعشری قرحہ کی حالت میں زیادہ عام تھا۔ ۹ فی صدی میں نزف، ۵ فی صدی میں طویل تسدد کے اثرات، سرطان وغیرہ، ۲۰ فی صدی میں عملیہ کے نتائج، بالخصوص ریوی پیچیدگیاں سببِ موت ہیں، اور ۵۰ فی صدی میں موت کے سبب کا قرحہ سے کوئی تعلق نہیں (37)۔ حاد قرحہ میں نزف اگرچہ عام ہے لیکن وہ شاذ ہی مہلک ہوتا ہے، اور انثقاب بھی شاذ ہے۔ مزمن قرحہ میں نزف مہلک ہو سکتا ہے اور انثقاب کا ہونا غیر معمولی نہیں لیکن ان پیچیدگیوں سے پہلے تقریباً ہمیشہ شدید درد ہوتے ہیں

349

الف

ایک شعاع نگاشت جو ایک طبعی اثناعشری کلاہ کو ظاہر کرتی ہے۔ کلاہ شکل میں مثلث ہے اور اسکے نیچے معدہ کا بوابی حصہ ہے۔ ایک حرکت دودی موج کے دکھائی دیتا ہے۔ کلاہ کا بالائی دایاں کنارہ کنگرہ دار نظر آتا ہے کیونکہ اثناعشری کے دوسرے حصے کی دیوار بھارہ ملی ہے۔

ایک شعاع نگاشت جو کہ تقرح کی وجہ سے نہایت ہی چھوٹی مشوہ اثناعشری کلاہ ظاہر کرتی ہے۔ اثناعشری اور صائم کی گنڈلیاں اپنے کنگرہ دار کنارے کے ذریعہ نظر آتی ہیں۔ گول تاریک سایہ جس میں ایک حرکت دودی موج ہے معدہ کا بوابی حصہ ظاہر کرتا ہے۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک کے لئے ہوئے عکسوں سے)

الف

ایک شعاع نگاشت جو کہ تقرح کی وجہ سے مشوہ اثناعشری کلاہ ظاہر کرتی ہے ایک حرکت دودی موج معدہ کے بوابی حصہ پر سے گزر رہی ہے اور غذا تنگ بوابی قنال کے اندر سے گزر رہی ہے

ب

ایک شعاع نگاشت جو کہ اثناعشری قرحہ ظاہر کرتی ہے ۔ اثناعشری کلاہ ایک قرحی کہفہ کی موجودگی کے باعث مشوہ ہے جس کے ساتھ تشنج اور شاید انداب بھی موجود ہے ۔ معدہ کا بوابی حصہ بھی ظاہر کیا گیا ہے ۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈے لاک کے لئے ہوئے صحیفوں سے)

جو کچھ مدت تک رہتے ہیں۔ یہ اس امر کی دلالت ہے کہ موثر علاج ضروری ہے۔ درد کی عدم موجودگی اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ قرحہ مندمل ہو رہا ہے اور ایسی صورت میں یہ پیچیدگیاں پیدا ہونے کا احتمال کم ہوتا ہے۔ ایسے حالات کے تحت جن سے علامات اور بالخصوص درد کے زائل ہونے میں مدد پہنچتی ہو، بڑی سے بڑی جسامت کے مزمن قروح کا اندمال واقع ہو جاتا ہے، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اس عمل میں مہینوں لگ جائیں۔

علاج۔ مقاصد علاج میں سے اہم ترین یہ ہے کہ معدے کو حتی الامکان آرام دیا جائے۔ مریض کو چاہئے کہ بستر پر لیٹ جائے، تمباکو نہ پیئے، اور چند ہفتوں بعد تک ورزش بھی صرف تھوڑی ہی کرے۔ معدے کو "آرام دینے" کی کوشش کا قدیم طریقہ، جس میں مریض کو لگاتار ہفتوں تک منہ کی راہ سے کوئی غذا لینے کی اجازت نہ دی جاتی، بلکہ اس کے بجائے براہ معا مستقیم غذا پہنچائی جاتی، اب ترک کر دیا گیا ہے۔ خالی معدے کے مشہور نقباضات گرسنگی سے ظاہر ہوتا ہے کہ وہ علاج ایک مغالطہ پر مبنی تھا۔ معدے کو آرام دینے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ غذا ایک وقت میں تھوڑی لی جائے اور کثیر الوقوع وقفوں کے ساتھ لی جائے۔

دن کے وقت مریض کو ہر گھنٹے یا دو دو گھنٹے کے فاصلوں سے غذا دی جاتی ہے، لیکن شب میں کامل آرام دیا جاتا ہے۔ غذا کی خاص چیز دودھ ہوگی، اور اس کے ساتھ کچے انڈے بھی ملائے جا سکتے ہیں، بشرطیکہ مریض انھیں برداشت کر سکے۔ رائب (junket) اور بالائی، ارارو ٹ، کسٹرڈ، آلو، یا آرٹی چوک پوری (Artichoke puree) غذائے بنجر (Benger's food)، مرغ منقی کی جیلی اور تازہ پھل کا رس بھی علاج کی ابتدا ہی سے دے سکتے ہیں۔ کچھ عرصہ بعد ہلکی چائے، پتلی روٹی (bread) اور مکہ اور ٹوسٹ، پسی ہوئی مچھلی، چوزے کا قیمہ، اور گوشت کا قیمہ بھی شامل کیا جا سکتا ہے۔ خاص کھانے سے پہلے روغن زیتون کا آدھا اونس دیدیا جائے۔ الکحل اور تمباکو نوشی کی اجازت نہ دی جائے۔ مریض کو کسی وقت بھی بھوک نہ لگنے پائے۔ مثلاً رات کو جاگ اٹھنے پر ایک بار زائد غذا کی ضرورت ہونا ممکن ہے۔ درد، استواری، پاخانوں کے مخفی خون اور قرحہ کی لاشعاعی شہادت کے جاتے رہنے کے بعد

چودہ روز تک بستہ میں لٹاکر علاج جاری رکھنا چاہیئے۔

ہضمی قرحہ کے علاج میں قلویات (بالخصوص سوڈیم بائی کاربونیٹ) بہت مستعمل ہیں، اور طریقہ سپی (Sippy's method) میں متواتر مقادیر دیکر معدی مائیہ کو ہمیشہ قلوی رکھنے کی کوشش کی جاتی ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ بعض اصابتوں میں اتنی قلی دی گئی ہے کہ جو التہاب گردہ اور بول دمویت پیدا کرنے کے لئے کافی ثابت ہوئی (42)۔ اس امر کے متعلق کہ آیا معدی رس کا ترشہ فی الحقیقت مزمن قرحہ کو تازہ رکھنے کا سبب ہو سکتا ہے، پہلے ہی شبہ ظاہر کیا گیا ہے۔ بہر صورت زیادہ معقول طریقہ یہی ہوگا کہ چربی، بالائی یا روغن زیتون وغیرہ کی صورت میں دے کر بیش ترشگی کا ردعمل کر دیا جائے۔ راقم الحروف کا طریقہ صرف دو سفوف استعمال کرنے کا ہے، یعنے پری پیرڈ چاک (prepared chalk) اور ایک آمیزہ میگنیشیم کاربونیٹ (magnesium carbonate) اور پری پیرڈ چاک کا۔ ان دونوں میں سے کسی کا ایک ٹی سپون فل پانی یا دودھ میں ہر کھانے کے بعد اور اس سے دگنی مقدار شب میں سب سے آخری چیز کے طور پر لینا چاہیئے۔ دوسرے سفوف کا استعمال زیادہ بار کرکے امعاء کے فعل کو باقاعدہ بنا لیا جاتا ہے۔ ان ادویہ کا مفید عمل درد اور ساتھ ہی سوزش سینہ میں تخفیف پیدا ہو جانے سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تخفیف اس وجہ سے ہو کہ کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) آزاد ہو جاتا ہے۔ اور جب کم ترشگی موجود ہو تو ساتھ ہی قدرے سائٹرک ایسڈ (citric acid) تجویز کر دینے سے نہایت کامیاب نتائج حاصل ہو سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 338)۔ ہمارا مقصد یہ ہونا چاہیئے کہ مریض کو طویل عرصہ تک درد اور تکلیف سے بچایا جائے، اور اس طرح قرحہ بھی بتدریج مندمل ہو جائے گا۔ درد کے علاج کے لئے دوسری دوائیں یہ ہیں: ٹنچر بیلاڈونا ۵۔۱۰ قطرے اور ایٹروپین کے اشرابات بقدر ۱/۲۰۰ گرین، افیون تھوڑی مقداروں میں، خلاصہ یا صبغیہ کی شکل میں، یا لائکر مارفینی ہائڈروکلوریڈی (liquor morphinæ hydrochloridi) ۱۰ یا ۵ قطروں کی مقداروں میں۔ شدید اصابتوں میں تحت الجلدی اشراب استعمال کیا جا سکتا ہے، مگر جوں ہی کہ افاقہ حاصل ہو جائے علاج بذریعہ افیون کو موقوف کر دینا چاہیئے۔ شراسیف پر مقامی لاسقات کا استعمال کر سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 338)۔ ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں، جن میں متذکرہ بالا طبی علاج سے

درد اور تکلیف جلد دفع نہ ہو جائیں، ایک اثنا عشری انبوبہ کے ذریعہ سے غذا پہنچانا پڑے
یہ انبوبہ ایک وقت میں ایک ہفتہ کے لئے اسی وضع میں رکھا جاتا ہے، اور یہ بالخصوص
مزمن معدی قرحہ کی حالت میں قابل استعمال ہے۔

350

اگر بکثرت نزف واقع ہو تو مریض کو مارفیا کے زیر اثر آرام کی حالت میں رکھنا
چاہیئے، اور کیلسیم کلورائڈ (calcaum chloride) ایک گرین ۱۰۰ قطرے پانی کے اندر
کا درون عضلی اشراب کیا جا سکتا ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 175)۔ ایک معدی
انبوبہ داخل کر کے مافیہ معدہ کو سینوران کے آلۂ تفریغ (Senoran's evacuator)
سے خارج کر کے معدے کو یا تو برف جیسے ٹھنڈے پانی سے یا ۱۲۰ درجہ فارن ہائٹ
والے پانی سے دھو ڈالنا چاہیئے تاکہ وہ متہیج ہو کر منقبض ہو جائے۔ ایڈری نالین
(۱۰۰۰ میں ۱ والے محلول کے ۲۰ تا ۳۰ قطرے) معدے کے اندر رہنے دینا چاہیئے۔
نزف موقوف ہو جانے کے بعد چوبیس گھنٹے تک کوئی غذا نہیں کھانی چاہیئے، مگر
پانی پیا جا سکتا ہے، جس کی مقدار ایک وقت میں ۵ اونس سے زائد نہ ہو۔ شراسیف
کے مقام پر برف لگانا چاہیئے۔ جب موت کا خطرہ ہو تو نقل الدم عمل میں لاسکتے ہیں۔
یہ نزف کو جاری رکھنے کا رجحان نہیں رکھتا، جیسا کہ خون کا دباؤ بڑھ جانے کی وجہ سے
ممکن الوقوع خیال کیا جا سکتا ہے۔ مزمن قرحہ سے نزف روکنے کے لئے جراحی تدابیر
(مثلاً وائی عرق کو گرہ لگا کر باندھ دینا) بھی کامیاب ثابت ہوئی ہیں۔

اگر ایک ایسے مریض پر، جس کا معدی قرحہ میں مبتلا ہونا معلوم ہو، انثقاب کے
علامات (ملاحظہ ہو التہاب باریطون) کا حملہ ہو جائے تو جس قدر جلد ممکن ہو، یعنے پانچ
یا چھ گھنٹے کے اندر شکم کو کھول کر کہفہ باریطونی کو دھو ڈالنا اور قرحہ کو ٹانکے لگا کر
سی دینا چاہیئے۔

پرانے تقرح میں جس کے ساتھ درد اور قئے، یا شدید نزفات بار بار واقع ہوتے
رہتے ہیں، یا قرحہ کے آس پاس بہت دبازت ہو گئی ہو، قدرتی طور پر جراحی عملیہ کے
متعلق غور کیا جائے گا۔ یہ ان اصابتوں میں نہایت کامیاب ثابت ہوا ہے جن میں
قرحہ کے ساتھ بواب کا ضیق یا ندبی ریت گھڑی معدہ موجود ہو۔ مزمن معدی قرحہ
کے لئے ذیل کے جراحی عملیے کئے جاتے ہیں:۔ معدی صائمی تفویہ

(gastro-jejunostomy) بعض اوقات استیصالِ قرحہ کے ساتھ، یا کلوواۃ کے ذریعہ اُس کے آتلاف یا صائمی تفویہ (jejunostomy) کے ساتھ معدی معدی تفویہ (-gastro gastrostomy) جزئی معدہ برآری (partial gastrectomy) (یعنے معدے کے بوابی حصہ کا استیصال) اور معدے کا وسطی "آستین نما" جزئی استیصال ("sleeve" -resection) مزمن اثنا عشری قرحے کے لئے یہ اعمال جراحی کئے جاتے ہیں: ۔ قرحہ کا استیصال، معدی اثنا عشری بوابی ترقیع (gastro-duodeno-pyloro-plasty) اور معدی صائمی تفویہ (gastro-jejunostomy)۔

تجویز۔ جب کوئی قرحہ مندمل ہوگیا ہو تو اِس امر کی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ اُس کا نکس نہونے پائے، جو بآسانی واقع ہوجاتا ہے۔ دانتوں، لوزتین، زائدہ دودیہ، مرارہ وغیرہ میں کے عفونی مرکزوں کا تدارک کرنا چاہیئے، اگر ضرورت ہو تو عملیہ کے ذریعہ سے۔ کھانا زود ہضم ہونا چاہیئے اور منظم وقفوں کے ساتھ کئی بار کرکے لینا چاہیئے، اور غذا کے اُن قواعد پر عمل پیرا ہونا چاہیئے جو صفحات 337 اور 349 پر درج ہیں۔ الکحل سے پرہیز ہی بہتر ہے، اگرچہ شاید ہلکی انگوری شراب اور نہایت کم طاقت والی وسکی کھانے کے وقت دے سکتے ہیں۔ مریض کو چاہیئے کہ آہستہ آہستہ کھائے اور خوب چبا کر کھائے اور تمباکو نوشی کم کرے۔ دانتوں کی خبر گیری ضروری ہے۔ مریض کو آمادہ رہنا چاہیئے کہ درد کا حملہ ہونے پر ایسی غذا لے کر کہ جس میں زیادہ تر دودھ ہو لیٹ جائے اور کھانے سے پہلے روغنِ زیتون لیا جا سکتا ہے۔

معدی صائمی تفویہ کے عواقب۔ اعداد و شمار ظاہر کرتے ہیں کہ معدی صائمی تفویہ کے عملیہ کے بعد شفایابی ہونا ہرگز ضروری نہیں۔ گائی (Guy) کے ہسپتال میں ۱۹۱۰ء اور ۱۹۱۵ء کے درمیان ۱۰۰ عملیہ کردہ اصابتوں میں سے ۶۵ فی صدی مریض سات برس بعد شفایاب یا نسبتاً بہت بہتر حالت میں پائے گئے، مگر ۳۵ فی صدی مریضوں کی حالت غیر تشفی بخش تھی۔ بہترین نتائج بوابی ضیق میں پائے گئے (43)۔ اکاون مریضوں کے ایک گروہ میں، جنہیں معدی صائمی تفویہ کے بعد علامات کی شکایت تھی، امتحان سے مختلف حالتیں ظاہر ہوئیں: ۔ معدی صائمی یا صائمی قرحہ (۲۰)، معدہ میں تاخیر (۱۴)، متوالی اثنا عشری قرحہ (۱۰)، صفراء کی بازروی (۸)، عملیہ کی وجہ سے سوءِ ہضم

(۲۴)، وغیرہ۔ علامات ذیل کی شکایت پائی گئی:۔ درد (۵۰)، ریحیت (۴۰)، قئے (۴۰)، کمزوری (۳۸)، قبض (۳۰)، اسہال (۲۲)، اور دردہائے سر (۲۲)۔ ممکن ہے کہ مریضوں میں شکر بولیت پائی جائے اور شحم کے تمثل کی قلت ہو (۴۵)[1]۔

معدی صائمی اور صائمی قروح (gastro-duodenal & duodenal ulcers)۔ معدی صائمی قرحہ عین مقام تفوہ پر واقع ہوتا ہے، اور بیشتر اصابتوں میں وہ کسی غیر جذب پذیر جیپسز کے ٹانکے کے استعمال سے یا دموی سلعہ سے یا دوران عملیہ میں شکنجوں سے کوفتگی ہو جانے کی وجہ سے ہوا کرتا ہے (44)۔ صائمی تقرح مقام اتصال سے ذرا ہی آگے واقع ہوتا ہے، اور وہ بظاہر انہیں عاملات کی موجودگی کے سبب سے ہوتا ہے جو کہ اثنا عشری قرحہ پیدا کر دیتے ہیں، جیسے کہ ایسی مرکزی عفونت سے سرایت زدہ ہو جانا کہ جس کا استیصال نہ کیا گیا ہو، بیش ترشگی جو باوجود عملیہ کے بدستور باقی رکھی ہو اور فم کے گرد یا چنبر نازل میں تشنجات اور تبدیل شدہ ذاتی تحرک۔ علامات ویسے ہوتے ہیں جیسے کہ اثنا عشری قرحہ میں، مگر بایں استثنا، کہ اب مقام درد نسبتاً کسی قدر نیچے اور شکم کے بائیں جانب ہوتا ہے۔ جب یہ قرحہ نقب لگاتے ہوئے قولون تک پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ تبرز کے وقت شراسیفی درد ہو۔ بعض اوقات صائمی قولونی نواسیر واقع ہو جاتے ہیں اور اُن کے ساتھ برازی مادّے کی قئے ہوتی ہے۔ غیر شفاف غذا دینے کے بعد یہ لاشعاع سے عموماً نہیں دکھلائی دیتے۔

علاج۔ ثانوی تقرح کا علاج اُسی اصول پہ کرنا چاہیے جس طرح کہ ہضمی قرحہ کا کیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ عملیہ کرنے کی ضرورت لاحق ہو اور اگر بواب اچھی طرح کام کر رہا ہے تو ممکن ہے معدی صائمی تفویہ کو بند کیا جا سکے۔ دوسری اصابتوں کے علاج کا انحصار لاشعاعی مکشوفات پر ہوتا ہے۔ اگر معدہ غیر معمولی سرعت کے ساتھ خالی ہو جاتا ہے تو کھانا کھاتے وقت مائیات نہ لئے جائیں۔ ممکن ہے کہ دلک اور معدی تغسیل مفید ہو۔ عموماً یہ مریض شحم کو اچھی طرح برداشت نہیں کر سکتے۔

351

---

[1] قوسین کے اندر مارود کے جو اعداد درج ہیں وہ فی صدی ہیں۔

اتساع المعدہ

(DILATATION OF THE STOMACH)

ممکن ہے کہ اتساع معدہ نہایت تدریجاً طور پر واقع ہو (مزمن اتساع = chronic dilatation)، یا ممکن ہے کہ بالکل دفعۃً ہو جائے (حاد اتساع = acute dilatation)۔ آخر الذکر کا بیان اس سے پہلے درج ہو چکا ہے۔

مزمن اتساع المعدہ

یہ مندرجۂ ذیل کا نتیجہ ہوتا ہے:۔ (۱) وہ مختلف حالتیں جو بواب کی مسدودی پیدا کر دیتی ہیں، جس سے معدی دیوار بھی بیش پرورده ہو جاتی ہے۔ اور (۲) وہ حالتیں جو عضلی دیواروں کی قوتِ انقباض کو متغیر کر دیتی ہیں (ملاحظہ ہو سقوط المعدہ)۔ مسدودی کے اسباب یہ ہیں:۔ بواب یا اثنا عشری کے قروح کے ندبات۔ بواب کا تشنج جو قرب وجوار کے تقرح کا ثانوی نتیجہ ہو۔ معدے کے بوابی حصے کا سرطان۔ بواب کا بیش پرورشی ضیق۔ بیرونی دباؤ، انضمامات کے ذریعہ جڑ جانا، یا ایک مسقوط گردے کا کھنچاؤ۔ اور بالکل استثنائی طور پر اکال اشیاء کی وجہ سے پیدا شدہ ندبات، لیکن یہ عموماً مریلوی روزن کو ماؤف کرتے ہیں۔

بوابی ضیق کے بعد کے اتساع کے طبیعی امارات۔ نمایاں اصابتوں میں جب شکم برہنہ ہو تو وہ غیر متشاکل نظر آتا ہے اور اپنے بائیں نصف میں ایک گول ابھار پیش کرتا ہے۔ یہ ابھار ناف کے لیول سے نیچے تک پھیلتا ہے، اور اس کا زیریں حاشیہ ایک خم رکھتا ہے جو نیچے اور باہر کے طرف محدب ہوتا ہے اور ضلعی حاشیہ کے زیریں حصے سے خطِ درمیانی کے داہنے جانب تک جاتا ہے۔ وقتاً فوقتاً حرکت دودی کی ایک موج اس ابھرے ہوئے حصے پر سے عرضاً بائیں جانب سے دائیں اور نیچے کی جانب جاتی ہے۔ بائیں جانب کی انتہا پر ایک حصہ تقریباً ہتھیلی کی جسامت کے برابر بہ سرعت ایک محدب ابھار بنا دیتا ہے، جیسے

۲۶

شعاع نگاشت ایک متسع معدہ کی جوکہ تقرح کے بعد بوابی ضیق کا ثانوی نتیجہ ہے۔ معدہ بڑا ہے اور شکم کے وارپار عرضی طور پر پھیلا ہوا ہے، اور انحنائے کبیر حرقفی عرف سے کچھ دور نیچے تک چلا گیا ہے۔ کھانا کھانے کے دو گھنٹہ بعد یہ بیریم سے بھرا ہوا ہے۔ لیکن کھانے کے تھوڑے حصے بواب کی راہ سے گزر چکے ہیں اور معائے صغیر کی کنڈلیوں میں ادھر ادھر منتشر نظر آتے ہیں۔ انحنائے کبیر پر معدہ کے بوابی حصہ کے آغاز میں حرکت دودی کی ایک خفیف موج نظر آتی ہے۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک کے لئے ہوئے صحفہ سے بالمقابل صحہ ۱۵۱)

دبانے پر غیر طبعی طور پر مزاحمت محسوس ہوتی ہے۔ چند ہی ثانیوں میں یہ اُبھار بیٹھ جاتا ہے اور ایک دوسرا حصہ، جو نسبتۃً دائیں طرف کو ہوتا ہے، اُتنے ہی عرصہ تک پھول کر اُبھر آتا ہے۔ جب معدی دیوار کا ایک ایک حصہ یکے بعد دیگرے سخت ہو کر اُبھر چکتا ہے تو اس کے بعد سارا اُبھار بیٹھ جاتا ہے۔ یہ مظہر خود رو طور پر رونما ہوتا ہے، یا ممکن ہے کہ دیوارِ شکم کو ہاتھ لگانے سے شروع ہو جائے، یا اُسے اُنگلی سے تیزی کے ساتھ تھپکنے سے، یا بعض اوقات محض شکم کو برہنہ کر دینے سے۔ اِسے مرئی حرکت دودی کہتے ہیں۔ شکم کے تیز حرکات سے، جیسے کہ مریض کو ہلانے پر ہوتے ہیں، مایع مافیہ میں حرکت پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ چھلک سنی جا سکتی اور محسوس کی جا سکتی ہے۔ لیکن اِس کی کوئی اہمیت نہیں ہوتی، تاوقتیکہ یہ کسی غیر طبعی رقبہ پر نہ پائی جائے، مثلاً ناف سے ایک انچ نیچے، یا اُس وقت جب کہ طبعی طور پر معدے کو خالی ہونا چاہیے، یعنے کھانا کھانے کے چھ یا سات گھنٹے بعد۔

مزمن اتساع کی بہت سی اصابتوں کا ایک نمایاں خاصہ وہ طرز ہے کہ جس پر قئے ہوتی ہے۔ غذا تین یا چار دن تک معدے میں رہتی ہے اور پھر یکبارگی ۲ یا ۳ پنٹ سیال، قئے کے ذریعہ نکل آتا ہے۔ یہ عموماً رمادی مائل بھورے رنگ کا ہوتا ہے اور اس کی سطح پر جھاگ ہوتا ہے۔ اور خرد بینی امتحان سے اس میں لہن کے کثیر التعداد بذرے، نبقات حزمیہ (sarcinæ)، اور لمبے عصا کی شکل کے عصیّے نظر آتے ہیں، جو آپلر بوآس کے عصیات (Oppler-Boas bacilli) ہیں۔ دوسری اصابتوں میں قئے زیادہ بار بار ہوتی ہے اور اس کی ایک وقت میں باہر نکلی ہوئی مقدار تھوڑی ہوتی ہے۔

قئے کے علاوہ مریض تکلیف یا حقیقی درد میں مبتلا ہوتا ہے جو مافیہ کے اجتماع کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے، اور اُن کے نکل جانے پر اُس میں عارضی طور پر افاقہ ہو جاتا ہے۔ شدید پیاس، کمزوری، لاغری، شحوب اور قبض بھی دیکھا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ زیادہ ذہنی انخفاض اور بعض اوقات وقفہ دار تکزز (tetany) اور تشنجات ہوں۔ مقدارِ بول قلیل ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ کیتونیت موجود ہو [یہ وہ حالت ہے جس میں جسم کے اندر ایسٹونی اجسام (acetone bodies) پائے جاتے ہیں]۔

352

تشخیص۔ بالآخر اس کا انحصار لاشعاعی امتحان پر ہوتا ہے' جو غیر شفاف غذا کھلانے کے بعد کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶)۔ معدہ نیچے کو اور دائیں طرف بڑا ہو جاتا ہے۔ ابتداءً ممکن ہے کہ حرکت دودی غیر معمولی طور پر تیز ہو اور اس کے ساتھ معدہ جلد خالی ہو جاتا ہو۔ بعد حرکت دودی وقفہ کے ساتھ ہونے لگتی ہے اور اس کی موجوں کی گہرائی مختلف ہو جاتی ہے' چنانچہ چھ گھنٹوں کے بعد تقریباً آدھا کھانا بطور ثفل باقی رہ جاتا ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ حرکت دودی محض کا ہے ماہے نظر آئے اور مد مخالف سمت میں چلتی ہو اور چوبیس گھنٹے کے بعد بھی معدہ بھرا ہوا رہے۔ کسری امتحانی غذا (fractional test meal) (ملاحظہ ہو شکل ۴۰' صفحہ 331) سے بھی معدے کے خالی ہونے میں تاخیر اور آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ کا بتدریج چڑھتا ہوا منحنی ظاہر ہوتا ہے۔

انذار۔ بواب کی تنگی کی وجہ سے واقع ہونے والے اتساع کا اسوقت تک باقی رہنا لازمی ہے جب تک کہ تسدد پیدا کرنے والا مرض باقی ہے' اور جراحی علاج کے علاوہ دوسرے علاج سے محض وقتی تسکین ہو سکتی ہے۔

علاج۔ اس کا علاج جراحی ہے اور زیادہ کثرت سے معدی صائمی تفویہ عمل میں لائی جاتی ہے۔ ایک وقتی تسکین دہ تدبیر کے طور پر معدے کو طبیعی مالح سے دھو ڈالنے کا عملیہ (تغسیل) اکثر بہت مفید ہوتا ہے۔ اس عمل کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حد سے زیادہ تنے ہوئے معدے سے مائع اور غیر ہضم شدہ غذا کا اجتماع خارج ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی یہ اُس نازلت کے لئے بھی نفع بخش ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ اتساع کے ساتھ ساتھ موجود ہو۔ ربر کی ایک نلی جو ایک قیف سے لگی ہوئی ہوتی ہے' معدے کے اندر داخل کر دی جاتی ہے۔ قیف کو منہ کے لیول سے اوپر اٹھا کر اور اس میں پانی ڈال کر معدے کو بھر دیا جاتا ہے۔ پھر قیف کو نیچے لاکر اور اسے ایک مناسب ظرف میں اُلٹ کر یا اس سے بھی بہتر سینوران کے آلۂ تفریغ (Senoran's evacuator) کے ذریعہ سے معدہ کو خالی کر دیا جاتا ہے۔ مالح کا استعمال وقفہ دار تکززکا ازالہ کرنے کے مقصد سے کیا جاتا ہے۔ دھونے کا عمل روزانہ ایک بار سب سے بڑے کھانے سے نصف گھنٹہ پہلے کرنا چاہئے۔

ایک شعاع نگاشت جو کہ ریت گھڑی انقباض ظاہر کرتی ہے۔ بالائی خانہ جو کہ بیریم سے بھرا ہوا ہے، ایک گول زیرین کنارہ رکھتا ہے، اور زیرین خانہ کے اندر داخل ہونے کا فتحہ انحناء صغیر کے قریب واقع ہے، اور بالائی خانہ کے فرش سے اوپر ہے۔ یہ اس امر کی دلیل ہے کہ ریت گھڑی معدہ اندابی انقباض کی وجہ سے ہے گو کہ ہمیشہ کچھ تشنج بھی ساتھ موجود ہوتا ہے۔ قرحی باطیہ (ulcer crater) عین انحناء صغیر پر کے فتحہ پر واقع ہے۔ یہ اس طرح معلوم ہوتا ہے کہ فتحہ کا دائیں طرف کا کنارہ معدہ کی طرف مقعر ہے۔ بیریم نیچے زیرین خانہ میں ٹپکتا ہوا نظر آتا ہے جہاں یہ معدہ کے پیندے پر بیٹھ جاتا ہے اور افقی بالائی لبا رکھتا ہے۔ معدہ ساقط ہے، کیونکہ اس کا زیرین سرا حرقفی عرف سے بہت نیچے ہے۔ اثنا عشری کلاہ دکھائی نہیں ۔ کیونکہ ابھی تک بیریم معدہ سے بالکل نہیں نکلا۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈ سے لاک کے لئے ہوئے صحف سے)

معدہ کا ریت گھڑی انقباض

(HOUR-GLASS CONTRACTION OF THE STOMACH)

یہ حالت تقریباً ہمیشہ ایک مزمن معدی قرحہ کے اندمال کی وجہ سے ہوتی ہے اگرچہ کبھی کبھی گرد معدی انضمامات بھی معدے کو جگر سے پیوستہ کر دیتے اور تشنج واقع کرکے ایسی ہی شکل پیدا کر سکتے ہیں۔ سرطان معدے کا تضیق پیدا کر سکتا ہے، اور سقوط المعدہ کی حالت میں معدہ ایک بالائی اور ایک زیریں حصے میں منقسم ہو جاتا ہے جن کے درمیان میں ایک تنگ گردن حائل ہوتی ہے۔ لیکن حقیقی ریت گھڑی انقباض سے ان حالتوں کی تفریق کرنے میں کوئی دقت نہیں پیش آتی۔

علامات متلازم معدی قرحہ کے علامات ہوتے ہیں۔ لیکن جب آخرالذکر کامل طور پر مندمل ہو چکتا ہے اور تضیق بہت زیادہ ہوتا ہے تو مریض کو یہ شکایت ہوتی ہے کہ وہ ایک وقت میں غذا کی صرف تھوڑی مقدار یں ہی لے سکتا ہے، اور نسبتہً بڑی مقداریں فوراً واپس نکل آتی ہیں، چنانچہ اس پر مری کے تسدد کا شبہ ہو سکتا ہے۔

تشخیص۔ بہ غیر شفاف غذا دینے کے بعد لاشعاعوں سے عمل میں لائی جا سکتی ہے۔ معدہ ایک تنگ گردن کے ذریعہ سے دو خانوں میں تقسیم ہوتا ہے، اور یہ گردن بالائی خانہ سے دائیں جانب جڑی ہوتی ہے نہ کہ اس کے سب سے نیچے لٹکے ہوئے حصہ پر۔ یہ بالکل ممیز خاصہ ہے اور اس حالت کو معدے کے اس لٹک پڑنے سے متفرق کرتا ہے جو سقوط المعدہ میں ہوا کرتا ہے۔ اگر قرحہ کامل طور پر مندمل نہیں ہوا ہے تو علاوہ اندمال کے نظام عضلی کا کچھ تشنج بھی موجود ہوگا۔ یہ تسدد کو اور بھی زیادہ کر دیتا ہے، چنانچہ ان دونوں خانوں کو بیریم کی محض ایک نہایت باریک سی لکیر جوڑتی ہے۔ جب تشنج موجود ہو تو ممکن ہے کہ وہ احتیاط کے ساتھ دست درازی کرنے پر یا لفلاح (belladonna) کی ایک معتاد دینے کے بعد کسیقدر ڈھیلا پڑ جائے۔ ایک فاعلی قرحہ کبھی موجود ہوتا ہے کبھی نہیں ہوتا اور وہ گردن کی دائیں جانب کو ایک ابھار کے طور پہ نظر آتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۷)۔

سرطان کی حالت میں بالید معدے کے اندر ابھری ہوئی ایک صاف رقبہ کی طرح نظر آئے گی (ملاحظہ ہو صفحہ 355)- لیکن اگر وہ ایک قرحے سے پیدا ہوئی ہے تو لاشعاعی منظر ویسا ہی ہو سکتا ہے جیسا کہ ریت گھڑی انقباض میں۔

353

علاج۔ واحد کارگر تدبیر صرف جراحی علاج ہے۔ تنگی کو چوڑا کیا جا سکتا ہے یا قربی کھنڈ کو بعدی کھنڈ سے یا صائم سے جوڑ دیا جا سکتا ہے۔

پیدائشی بیش پرورشی تضیق

یہ بوابی تسدد کی ایک قسم ہے، جس کے علامات بالعموم پیدائش کے چند روز بعد سے لے کر چھ یا سات ہفتے بعد تک اور نہایت عام طور پر زندگی کے ابتدائی چار ہفتوں کے دوران میں ظاہر ہوا کرتے ہیں (47)- لڑکیوں کے نسبت یہ مرض لڑکوں میں تقریباً پانچ گنا زیادہ عام ہے۔ علامات یہ ہوتے ہیں :- قے کا ہونا اور قبض (جس کی وجہ یہ ہے کہ آنتوں تک جو غذا پہنچتی ہے اس کی مقدار تھوڑی ہوتی ہے) اور لاغری۔ اور قے شدہ مادے اکثر کثیر المقدار ہوتے ہیں اور بہت زور کے ساتھ باہر نکلتے ہیں۔ ابتداءً وہ غذا پر مشتمل ہوتے ہیں، لیکن کچھ عرصے بعد جب کہ التہاب معدہ قایم ہو جاتا ہے تو ان میں مخاط اور متغیر شدہ خون بھی ہوتا ہے، لیکن شاذ ہی کبھی صفرا۔ بائیں جانب سے دائیں جانب کے طرف حرکت دودی جو بوابی ضیق کا اس قدر ممیز خاصہ ہے دیکھی جائے گی۔ اور تقریباً تمام اصابتوں میں (جن میں ممکن ہے کہ خوراک لیتے وقت اور اس کے بعد نہایت عزم کے ساتھ اور دیر تک امتحان کرنا پڑے) خط وسطی کے دائیں جانب، ضلعی حاشیہ سے ذرا نیچے، ایک سلعہ یا درازت پائی جائے گی جس کا قطر ½ یا ¾ ہوگا اور جو بواب کے انقباض کے ساتھ سختی میں وقتاً فوقتاً بدلتی رہے گی اور اس طرح سُدوں سے تمیز کی جا سکے گی۔ چونکہ عضوی مرض کے بغیر بھی مرئی حرکت دودی کا واقع ہونا ممکن ہے لہٰذا یقینی تشخیص کے لئے سلعہ کی موجودگی ضروری ہے۔ لاشعاعوں سے بھی مدد مل سکتی ہے۔

یہ دبازت بواب کے عضلی ریشوں کی، بالخصوص مدور ریشوں کے طبقہ کی بیش تکوین ہے، اور غالباً جنینی زندگی کے دوران میں نمویاب ہو جاتی ہے۔ دبازت یا دتہ تو دے کے اندر غشائے مخاطی میں شکنیں پڑی ہوئی ہیں۔

علاج۔ طبی علاج یہ ہے کہ معدہ کی تغسیل کی جائے اور اس کے بعد گاڑھی غذائیں دی جائیں۔ تغسیل کے بعد (جس میں قلیات کے استعمال سے اجتناب کرنا چاہیے کیونکہ ان سے کثیر قلویت ہونے کا خطرہ ہے)، معدہ میں اٹروپین کی چھوٹی چھوٹی خوراکیں باقی رہنے دینی چاہئیں۔ لیومینال (luminal) کی ایسی خوراکوں سے کہ جن سے بچہ غنودہ رہے، عمدہ نتائج درج کئے گئے ہیں۔

اس ملک میں بہترین نتائج رام سٹیٹ (Rammstedt) کے عملیہ کے ذریعہ حاصل ہوئے ہیں۔ یہ اس پر مشتمل ہے کہ باریطونی سطح سے سلعہ کے اندر ایک طولی شگاف غشائے مخاطی تک دیا جائے تاکہ تسدد رفع ہو جائے۔ عملیہ کے بعد غذا بہت آہستہ آہستہ بڑھانی چاہیئے۔ یکایک بڑھا دینے سے بالعموم اسہال آنے لگتے ہیں، کیونکہ گذشتہ تجوع کے دوران میں غذا کا تہیج موجود نہ ہونے کے باعث ہضمی انزیموں (enzymes) کا افراز بہت کم ہو گیا ہے۔ کم خورانیدہ (under-fed) شیرخوار بچوں میں اس وقت جب کہ ان کی غذا کو بہت سرعت سے بڑھا دیا جائے اسی قسم کا عدم تحمل پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات اس عملیہ کے بعد اسہال ہو جاتا ہے جس میں براز شحمی ہوتا ہے (48)۔ اس سے گمان ہوتا ہے کہ اس مرض میں صفراوی اور غالباً بانقراسی عدم کفایت بھی کچھ حصہ لیتی ہے۔

سرطان معدہ

اسباب۔ معدے کا سرطان تیس ۳۰ سال کی عمر سے پہلے شاذ ہی دیکھا جاتا ہے اور اس کی ۶۰ فیصدی اصابتیں چالیس اور ساٹھ سال کے درمیان کی عمروں میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں دگنا عام ہے۔ توارث سرطان معدہ میں کوئی نمایاں خصوصیت نہیں۔ یہ امیر و غریب دونوں میں مساوی الوقوع ہے، اور کسی خاص پیشہ

کے ساتھ تعلق نہیں رکھتا۔ اس کے متعلق بڑی بحث ہوئی ہے کہ آیا سرطان عموماً معدی قرحہ سے پیدا ہو جاتا ہے یا نہیں۔ اس رائے کے خلاف یہ واقعہ ہے کہ اثنا عشری قرحہ نہایت عام ہے حالانکہ اثنا عشری کا سرطان نہایت شاذ ہوتا ہے۔ سرطان معدہ کی پچاس اصابتوں کے ایک گروہ میں ۶۵ فی صدی کی سرگذشت ایک سال پہلے تک جاتی تھی لیکن اس سے زائد نہیں۔ ۲۰ فی صدی میں دو سال پہلے تک کی سرگزشت موجود تھی (57)۔ لہٰذا بیشتر اصابتوں میں سرسری طور پر یوں سمجھئے کہ دو تہائی مریضوں میں سرطان خود بخود شروع ہو جاتا ہے (46)، اگرچہ مزمن التہاب المعدہ اور بالخصوص معدہ کی سعدانیت ممکنہ اسباب معدّہ ہیں۔ باقی ماندہ اصابتوں میں یہ معدی قرحہ کا نتیجہ ہوتا ہے۔

امراضیاتی تشریح۔ سرطان معدے کے تمام حصوں کو ماؤف کر سکتا ہے لیکن مریضوں کی غالب تعداد میں بواب ماؤف ہوتا ہے۔ اور مرض یہاں سے معدے کے متصلہ حصوں میں پھیل جاتا ہے، بالخصوص انحنائے صغیر کے برابر برابر۔ اگر یہ فوادی سرے کو ماؤف کرتا ہے تو عموماً اس کا حملہ مَری پر بھی ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات معدے کی دیوار یکساں طور پر دور رسیدہ اور دبیز ہو جاتی ہے، اور معدہ بحیثیت مجموعی سکڑ کر چھوٹی جسامت کا ہو جاتا ہے (مثانہ نما معدہ = leather-bottle stomach)۔ چند ہی مستثنیات کو چھوڑ کر سرطان معدہ کرہ آسا سرطان (spheroidal carcinoma) یا استوانہ نما سرطان (cylinderical carcinoma) کی شکل میں ہوتا ہے، اور اول الذکر نسبتہً بہت زیادہ عام ہے۔ ان دونوں میں سے ہر قسم لیفی بافت کی زیادتی کی وجہ سے جرزی (scirrhous) ہو سکتی ہے، یا اس کی قلت کی وجہ سے لبی (medullary)۔ اور دونوں میں کولائڈی انحطاط واقع ہو سکتا ہے، اگرچہ یہ کرہ آسا قسم میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ جرزی تغیر عام ترین ہے۔ لحمی سلعہ شاذ ہے۔

سرطان کی ابتداء غشائے مخاطی کے غدد کے سرحلمی خلیوں کی بیش بالیدگی سے ہوتی ہے۔ یہ بالیدگیاں تحت المخاطی بافت کے اندر ابھر جاتی ہیں، پھر مزید تکاثر کرتی ہیں اور تبلیغ تمام طبقات کو ماؤف کر دیتی ہیں۔ معدے کی دیوار موٹی ہو جاتی ہے اور بالیدہ ابھر جاتی ہے اور اس سے معدہ کا درونہ بہت تنگ ہو جاتا ہے۔ بالیدہ اثنا عشری پر حملہ آور نہیں ہوتی۔ آخری درجوں میں وہ اکثر اندرونی سطح پر متقرح ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ متصلہ غشائے مخاطی حملی

زائدوں کی گرگلی بالیدگیاں ظاہر کرے، جو کہ مزمن التہاب معدہ کا نتیجہ ہوتی ہیں۔
ممکن ہے کہ یہ تقرحی عمل عروق کو متآکل کر کے نزف پیدا کردے۔ سادہ قرحہ کے نسبت سرطان میں یہ بہت کم ہوتا ہے کہ نزف کثیر مقدار میں ہو۔ بوابی بالیدکے پیدا کردہ ضیق کا نتیجہ اکثر اوقات اتساع معدہ ہوتا ہے۔ لیکن ایک متارہ نما معدہ (leather-bottle stomach) چھوٹا ہوتا ہے۔ جب بالید باریطونی سطح تک پہنچ جاتی ہے تو عام طور پر دوسرے اعضا سے معدہ کا انضمام واقع ہو جاتا ہے، اور اس کے بعد ممکن ہے کہ اس عضو پر (جس کے ساتھ انضمام واقع ہوا ہے) سرطان کا حملہ ہو جائے۔ اس طرح جگر اور لبلبہ پر اکثر اوقات، اور طحال یا قولون پر کبھی کبھی حملہ ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں ایک معدی قولونی ناسور کا پیدا ہو جانا ممکن ہے۔ فوادی سرے کا سرطان اکثر اوقات مری پر حملہ آور ہوتا اور اسے مسدود کر دیتا ہے۔
مختلف اعضا، باریطون، جگر، لبلبہ، پھیپھڑوں، اور متصلہ لمفائی غدد میں ثانوی جماؤ واقع ہو جاتے ہیں۔ یہ ماساریقی، تیس باریطونی، اور بابی غدد ہیں۔ لیکن جیسا کہ مری کے سرطان میں بھی ہوتا ہے، بعض اوقات عنقی لمفائی غدد بالکل ابتدا میں ماؤف ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ سریری نقطۂ نظر سے ان اساتوں کے دو گروہ ہوتے ہیں، اس لحاظ سے کہ آیا بوابی فعل میں خلل اور اس کے ساتھ معدی مافیہ کا غیر معمولی احتباس ہوا ہے یا نہیں۔

(۱) اس گروہ کے ابتدائی درجوں کے علامات خاص کر سوء ہضم کے علامات ہوتے ہیں۔ اول تو عدم اشتہا اور متلی ہوتی ہے، اور پھر جی کا ڈوبا جانا، غذا کے بعد درد، اور ریحیت۔ یہ درد شراسیف میں، یا سوزش سینہ کے مقام پر ہو سکتا ہے۔ جب سرطان بواب کے مقام پر واقع ہو تو قئے کا اس حالت میں جلد تر واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، بہ نسبت اس کے کہ جب وہ اس نقطہ سے دور واقع ہو۔ قئے میں غذا موجود ہوتی ہے جو ہضم کے مختلف مدارج میں ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ کم و بیش مخاط یا خون کی دھاریاں ملی ہوتی ہیں۔ قئے کے ساتھ ملا ہوا خون اکثر دُردِ قہوہ کا منظر رکھتا ہے۔

پھر درد ایک نمایاں علامت بن جاتا ہے، اور اگر بالید متصلہ اعضا (جیسے کہ لبلبہ) پر حملہ آور ہو جائے تو وہ مستمر ہوا کرتا ہے، یا اُس کا اُٹھنا کھانے پر منحصر نہیں ہوتا۔ وہ شالوں کے درمیان محسوس ہوتا ہے، یا قطنی خطہ میں۔ وہ اکثر وخزی اور ممزق ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ ناقب، سوزشی، قارض یا خارق ہو۔ اِس قسم کے سرطان معدہ میں شدید بنیئی اختلال کے علامات نسبتہً جلد شروع ہو جاتے ہیں۔ مریض دُبلا ہو جاتا ہے، اُس کی طاقت گھٹ جاتی ہے، اور رنگ پھیکا پڑ جاتا ہے۔ اور ترقی یافتہ اصابتوں میں لاغری اور علامِ دمویت بدرجۂ انتہا موجود ہوتے ہیں۔ آنتوں میں زیادہ تر قبض ہوا کرتا ہے۔ براز دم الاسود بہ طور ایک ابتدائی اَمارت کے شاذ ہوتا ہے، لیکن مخفی خون (ملاحظہ ہو صفحہ 330) عام ہے۔

(۲) جب بواب کے فعل میں کوئی خلل نہ ہوا ہو تو بالید عموماً جسمِ معدہ میں ہوتی ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔ ممکن ہے کہ جب تک کہ بالید بہت زیادہ ترقی یافتہ نہ ہو جائے کوئی علامات موجود ہی نہ ہوں۔ اور پھر قرب و جوار کی ساختوں کی دررنجیگی کی وجہ سے پشت میں درد محسوس ہونے لگے۔ لیکن ایسی بالید سے مسلسل خون بہتا ہے، اور متغیرہ خون پاخانوں کے اندر پایا جاتا ہے۔ اِس سے جو عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے سلعہ غیر جس پذیر ہونے کی حالت میں اُس سے متلف عدمِ دمویت (pernicious anæmia) کا شبہ پیدا ہو سکتا ہے۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ ترقی پذیر ضعف موجود ہو۔

عام طور پر یہ کہا جا سکتا ہے کہ سرطان کی اصابتوں کی غالب تعداد میں ایک سلعہ کسی نہ کسی وقت پایا جاتا ہے اگرچہ وہ ابتدائی تین یا چار مہینوں میں شاذ ہی ملتا ہے، اور بعض اعداد و شمار کی رو سے وہ ابتدائی چھ مہینوں کے اندر صرف ۲۴ فی صدی اصابتوں میں ملتا ہے۔ سلعہ کا محل وقوع بلاشبہ معدے کے ماؤف حصّے کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ بوابی سلعہ عموماً خط درمیانی میں یا کسیقدر دائیں طرف، قصِ خنجری اور ناف کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ جب معدہ بہت متسع ہوتا ہے تو یہ سلعہ ناف سے بھی نیچے ہوتا ہے۔ جسامت میں وہ ایک اخروٹ سے لے کر ایک چھوٹی نارنگی کے برابر متغیر اور عموماً نہایت سخت ہوتا ہے۔ ابتداءً وہ آزادانہ طور پر حرکت پذیر ہوتا ہے اور شہیق کرنے پر نیچے چلا جاتا ہے، لیکن نسبتہً بعد کے درجوں میں ممکن ہے کہ وہ انضمامات پیدا کر لے اور

335

زیادہ مثبت ہو جائے۔ اکثر اوقات اُس میں زیرافتادہ اور طی کا صدم منتقل ہو جاتا ہے۔
قرع کرنے پر وہ اصم یا غیر کامل طور پر گلی ہوتا ہے۔ اُسے ہاتھ لگانے سے درد محسوس ہوتا ہے۔
کبھی کبھی انثقاب کہفۂ باریطونی کے اندر واقع ہو جاتا ہے' اور اس کے بعد التہاب
باریطون پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن اس حادثہ کے علامات مبہم ہوتے ہیں اور صاف نمایاں نہیں
ہوتے۔ پس باریطونی غدد کا سرطان پیروں کا تہیج پیدا کر دیتا ہے' اور یہی نتیجہ بڑی وریدیں
کی علقیت سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ معدی قولونی ناسور (جو بیشتر سرطان کے معدے سے
قولون تک پھیل جانے کا نتیجہ ہوا کرتا ہے') کی نمایاں خصوصیت یا تو یہ ہوتی ہے کہ معدے
کے غیر ہضم شدہ مافیہ براہ راست قولون کے اندر اور یہاں سے براہ معا مستقیم چلے جاتے ہیں'
یا یہ کہ برازی قئے ہوتی ہے' کیونکہ قولون کے مافیہ معدے کے اندر چلے جاتے اور پھر
یہاں سے قئے کے ذریعہ نکل جاتے ہیں۔
موت عموماً خستگی کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے' اور یہ خستگی غذا کے ناقص تمثیل
کا نتیجہ ہوتی ہے' یا باریطون کے اندر ثانوی بالیدگیوں کے بسرعت پھیل کر استسقاء زقی
ہونے کا' یا جگر کے اندر ثانوی بالیدیں پھیل کر مسلسل ارتفاع حرارت ہونے کا۔ کثیر المقدار
نزف یا التہاب باریطون' التہاب شعبی' یا ذات الریہ اس منظر کو ختم کر سکتے ہیں۔
مُدتِ مرض۔ یہ بیماری عام طور پر چھ ماہ سے دو سال تک جاری رہتی ہے۔
دو تہائی اصابتیں آٹھ مہینے سے کم جاری رہتی ہیں' اور ایک نہایت تھوڑی تعداد دو سال
سے زائد تک جاری رہتی ہے۔
تشخیص۔ سرطان اپنے آخری مدارج میں سلعہ کی موجودگی کی وجہ سے معدے
کے دوسرے بیشتر امراض سے شناخت کر لیا جاتا ہے۔ کبھی کبھی ایک بڑھے ہوئے
سخت عنقی غدہ کے مل جانے سے' بالخصوص جب کہ یہ غدہ بائیں جانب ہو' اس تشخیص
کی طرف اشارہ ہوا ہے۔ اگر کوئی سلعہ شناخت نہ ہو سکے' تو جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے'
سرطان کا مختلف عدم دمویت (pernicious anæmia) کے ساتھ' یا مزمن سوء ہضم
اور اس سے متلازم التہاب المعدہ یا ہضمی قرحہ کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے' یا
ممکن ہے کہ خالصاً وجع العصبی دردوں کے متعلق یہ خیال کر لیا جائے کہ یہ سرطان کی وجہ
سے ہیں۔ استثنائی اصابتوں میں یہ بھی ممکن ہے کہ حصوں کا وہ تشابک اور انضمام جو

قرحہ سے پیدا ہو جاتا ہے، سرطان کی مشابہت پیدا کر دے۔ مریض کی عمر اور مرض کی نسبتہً قلیل مدت، یہ بھی اس کی تشخیص میں اہم عناصر ہیں، کیونکہ بیشتر اصابتوں میں سرطان سابقہ معدی قرحہ کا نتیجہ نہیں ہوتا۔

لاشعاعیں بیشتر مناظر ظاہر کرتی ہیں۔ بسمتھ کی خوراک کی وجہ سے سایہ ایک کم و بیش وسیع صاف رقبہ یا "نقص پری" کے ذریعہ سے منقطع ہوتا ہے۔ یہ رقبہ یا نقص دو یا زائد ابھار یا صدفی خاکوں کے ذریعہ سے اس سایہ میں متداخل ہوتا ہے۔ یہ اس متفطر یا لید کا قائم مقام ہے جو معدے کے درونہ میں ابھر آتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۸ الف)۔ دبانے پر یہ الیم ہوتا ہے، اور اس کی شکل مستمر ہوتی ہے۔ یہ حرکات دودیہ میں شرکت نہیں کرتا، جو معدے میں دوسرے مقامات پر نظر آسکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ کوئی نقص پری مرئی ہونے سے پہلے حرکت دودی کا یہ انقطاع ہی ابتدائی ترین امارت ہو۔ منارہ نما معدے کی حالت میں یہ نظر آتا ہے کہ غذا ایک مقابلۃً تنگ نالی کی راہ سے، بلا کسی مرئی حرکت دودی کے، سیدھی اثناعشری کے اندر بہ سرعت گرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۸ ب)۔ ۱۶ فی صدی اصابتوں میں ایک طبعی لاشعاعی روئداد حاصل ہوئی (57)۔

مریض کو شب میں دودھ کے اندر دو ٹی سپون فل کوئلہ (charcoal) دینا چاہیئے، اور دوسرے روز علی الصباح اس کے معدے کے مافیہ کا امتحان کرنا چاہیئے (49)۔ تازہ یا متغیر مرئی خون کی موجودگی سرطان کی طرف اشارہ کرتی ہے، بالخصوص جب کہ خون اس طرح ایک سے زائد موقع پر پایا جائے، لیکن کوئلہ کی موجودگی سے معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ظاہر ہوتی ہے۔ ۷۴ فی صدی اصابتوں میں سکونی رس میں خون موجود تھا، اور ۷۸ فی صدی میں آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ بالکل نہ تھا (57)۔

856 خون کا مسلسل رساؤ سرطان کا ممیز خاصہ ہے مگر کبھی اتفاق سے ہونے والا دافر نزف اغلباً قرحہ کا نتیجہ ہوتا ہے۔ دُردِ قہوہ جیسی قئے دونوں حالتوں میں دیکھی جاتی ہے۔

معدے کو دھو ڈالنے کے بعد ایک امتحانی خوراک دی جائے۔ امتحانی خوراک کے اندر لیکٹک ایسڈ کی موجودگی سرطان معدہ پر دلالت کرتی ہے۔ ۴۴ فی صدی اصابتوں میں بے ترشگی تھی۔ چنانچہ آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ تغیر پذیر

الف ۔ معدہ بیریم سے بھرا ہوا ہے ۔ بوابی حصہ میں سرطان کی موجودگی نقص پری سے ظاہر ہوتی ہے ۔ اثنا عشری کلاہ اچھی طرح نظر آتی ہے ۔ (شعاع نگاشت مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک نے لی ہے)

ب ۔ سرطان کی وجہ سے ایک متارہ نما معدہ ۔ (شعاع نگاشت مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک نے لی ہے)

مقدار میں عموماً پایا جاتا ہے۔ بلکہ ممکن ہے کہ بیش ترشگی بھی موجود ہو (57)۔ لیکن اکثر "فاعلی ہائڈروکلورک ایسڈ" ("active HCl") میں اور "آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ" ("free HCl") کی مقدار میں بڑی کمی ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک متلازم مزمن التہاب المعدہ کے باعث معدی کلورائڈ گھٹا ہوا ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں معدی کلورائڈ بڑھا ہوا ہوتا ہے، جس سے یہ اشارہ ہوتا ہے کہ بالیدہ سے رسنے والے مصل سے ہائڈروکلورک ایسڈ کی تعدیل ہوگئی ہے۔ صرف ۴۶ فی صدی اصابتوں میں معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ظاہر ہوئی۔ ۶۴ فی صدی میں خون کسی نہ کسی وقت موجود تھا، اور باقی ماندہ ۳۶ فی صدی میں جب پاخانوں کا مخفی خون کے لئے امتحان کیا گیا تو خون مختلف مقداروں میں موجود پایا گیا۔ لہٰذا امتحانی خوراک اور پاخانوں، دونوں میں خون کی غیر موجودگی تقریباً ہمیشہ سرطان کو خارج از بحث کرے گی، لیکن راقم الحروف نے ایک چہل سالہ مریضہ کی ایسی اصابت دیکھی جس کا سرطان معدہ ہونا جراحی عملیہ سے ثابت ہو چکا تھا، مگر جس میں امتحانی خوراک اور پاخانوں میں کوئی خون نہ تھا، اگرچہ بے ترشگی موجود تھی اور لاشعاعوں سے ایک بڑا نقص پری ظاہر ہوا۔

اِنذار۔ یہ ناموافق ہوتا ہے کیونکہ تاوقتیکہ بالیدہ اور تمام سرایت زدہ غدد کا بالکل استیصال نہ کیا جا سکے موت ناگزیر ہے۔

علاج۔ مشتبہ ابتدائی اصابتوں میں شکم شگافی کے عملیہ کا مشورہ دینا چاہیے، کیونکہ بالیدہ کا استیصال ہی تقریباً واحد شفا بخش طریقہ ہے۔ اس وقت جب کہ ایک گولہ محسوس ہو سکے یہ عملیہ بعد از وقت ثابت ہوگا، کیونکہ اس وقت تک بالیدہ پھیل چکتی ہے اور لمفائی غدد ماؤف ہو جاتے ہیں۔ معدی صائمی تفویہ کا عملیہ ایک تخفیفی تدبیر کے طور پر انجام دیا جا سکتا ہے۔ عمیق لاشعاعی علاج بھی آزمایا جا سکتا ہے۔

اگر اتساع نمایاں علامت ہو اور ہر چند روز کے بعد غذا کی بڑی مقداریں قئے سے نکل جاتی ہوں، تو ممکن ہے کہ معدے کو روزانہ دھو ڈالنے سے عارضی تسکین معلوم ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 352)، یا مریض کو درد محسوس ہونے کے وقت ایک نلی داخل کر لینے کی ترکیب سکھلا دینی چاہیے، کیونکہ بعض اوقات صرف اسی سادہ تدبیر سے

تسکین حاصل ہو جاتی ہے۔ ورنہ مزمن سوء الہضم کے تحت بیان کردہ تدابیر عمل میں لانی چاہئیں۔

معدے کے غیر خبیث سلعات۔ اس زمرہ میں ذیل کے سلعات شامل ہیں:۔ غدی سلعہ، عضلی سلعہ، معین لمبلبہ، شحمی سلعہ، لیفی شحمی سلعہ، لمفائی غدی سلعہ، اور دو یرے۔ یہ بہت کم واقع ہوا کرتے ہیں۔ پہلے تین سب سے کم غیر عام ہیں اور کبھی کبھی وہ بواب کو مسدود کرکے علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں علامات کا انحصار سلعہ کی جسامت اور جائے وقوع پر ہوگا۔

قبض

(CONSTIPATION)

آنتوں کے صحت مند فعل کا انحصار غذا کی کافی رسد پر ہوتا ہے کہ جس کا فضلہ براز کا مادّہ بناتا ہے نیز معائی رسوں کے قدرتی افراز پر اور ایک ایسے معائی عضلی نظام پر جو آسانی کے ساتھ مہیّج ہو اور اتنا کافی قوی ہو کہ براز کو ایک مقام سے دوسرے مقام تک آگے دھکیل سکے۔ لیکن یہ فعل مختلف افراد میں مختلف ہوتا ہے، جو بایں ہمہ ممکن ہے تندرست ہوں۔ بیشتر اشخاص میں پاخانہ دن بھر میں ایک بار ہوتا ہے، لیکن دوسروں میں روزانہ دو بار اور بعضوں میں صرف ایک دن چھوڑ کر ہوتا ہے۔ جب چوبیس گھنٹے کے طبعی عرصہ سے زیادہ تک یا بعض اشخاص میں دو دن تک احتباسِ براز ہو تو یہ قبض ہے۔ یہ نتیجہ ہوتا ہے (۱) بڑی آنت کے طول میں براز کی عام حرکت میں تاخیر کا (قولونی رکود = colonic stasis) یا (۲) حوضی قولون اور معاءِ مستقیم کی تفریغ میں تاخیر کا (عسر تبرز = dyschezia) یا مجموعی طور پر ان دونوں اعمال میں تاخیر کا۔

۱۔ معائی قنال میں براز کی عام حرکت خالصاً غیر ارادی ہوتی ہے، اور اس کا انحصار معائی دیوار کی کافی عضلی طاقت پر ہوتا ہے، جسے مناسب غذا سے معقول

تحریک پہنچتی ہے۔ کمزور عضلی نظام ایک موروثی قصور ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ وہ آخری عمر میں طاری ہو کر شیخوخی قبض (senile constipation) کا سبب بن جائے۔ عضلہ کی عارضی کمزوری حمیات اور حاد امراض میں واقع ہو جاتی ہے اور عدم دمویت اخضریت (chlorosis) کساحت اور اُن امراض کا نتیجہ ہو سکتی ہے جن میں عصبی انخفاض ہوتا ہو جیسے کہ مالیخولیا، نہاکتِ اعصاب (neurasthenia) وغیرہ۔ مقامی طور پر ممکن ہے یہ ریحی تمدد اور غشاءِ مخاطی کی نازلت کا نتیجہ ہو۔

357

معاء کو تہیج بالخصوص غذا سے حاصل ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ مقدار میں ناکافی ہو، یا از حد خشک ہو، یا اس میں میکانی تہیجات کی قلت ہو، جن میں نباتی اشیاء کا سیلولوز (cellulose) سب سے زیادہ اہم ہے۔ نیز معلوم ہوتا ہے کہ بعض افراد میں آنتوں میں غیر معمولی قوتِ ہضم و جذب کے باعث اس قدر کم ثفل باقی رہتا ہے کہ افراغات لازمی طور پر بہت کم مرتبہ ہوتے ہیں۔ اِس حالت کو "حریص قولون" ("greedy colon") کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے۔ معدے کی بہت سی خرابیوں میں بالخصوص جہاں قئے بار بار ہوتی ہو، قبض ہوا کرتا ہے۔ مزید برآں حوض یا شکم کے التہابی یا ضربی نوعیت کے دردناک مقامی عوارض سے آنت کا معکوس فعل براہِ راست ممتنع ہو سکتا ہے۔

قولونی رکود کی تشخیص صرف اُسی وقت ہو سکتی ہے جب کہ ایک غیر شفاف خوراک دینے کے بعد امعاء کا امتحان کیا جائے۔ معمولی حالات میں، چار گھنٹوں کے اختتام پر معدہ خالی ہوتا ہے اور غذا لفائفی کے انتہائی سرے پر جمع ہوتی ہے۔ دوسری خوراک لینے سے لفائفی کی انتہا پر اور قولون کے اندر خاص فعلیت پیدا ہو جاتی ہے، جس کی وجہ سے معائی مافیہ بہ سرعت آگے کی طرف حرکت کرتے ہیں۔ (معدی لفائفی اور معدی قولونی معکوسات)(50)۔ غیر شفاف غذا معدے سے کلی طور پر غائب ہو جانے کے عموماً چار گھنٹے بعد لفائفی کو چھوڑ چکی ہوتی ہے۔ لیکن لفائفی رکود کی تشخیص بلا خطر صرف اُسی وقت کی جا سکتی ہے جب کہ اِس غذا کے کھانے کے چھ گھنٹے بعد تک اس کا خفیف سا حصہ بھی اعور کے اندر داخل نہ ہوا ہو، یا جب کہ اس غذا کا بیشتر حصہ غذا کھانے کے نو گھنٹے بعد بھی لفائفی کی انتہا ہی میں ہو اور یہ معلوم

ہو چکا ہو کہ معدہ نے خود کو تین یا چار گھنٹوں میں خالی کر دیا ہے۔ طبعی طور پر غیر شفاف غذا چوبیس گھنٹے میں معا مستقیم میں پہنچ جاتی ہے۔ قولونی رکود اُسوقت موجود ہوگا جب کہ اِس مدت کے اختتام پر وہ اب بھی بکلیہ اعوری یا قولون صاعد میں ہو یا جب کہ چوبیس گھنٹے میں وہ طحالی تعریج میں پہلی مرتبہ پہنچی ہو لیکن غیر شفاف غذا اِس خوراک کے کھانے کے اڑتالیس گھنٹے بعد بھی قولون متعرض میں موجود ہو۔ اگر قولونی رکود شدید درجہ کا ہے تو لفائفی اعوری مصراع کے پار معائی مافیہ کے گذرنے میں بھی تاخیر ہوگی (لفائفی سا کود)۔ لفائفی رکود قولونی رکود کے بغیر بھی واقع ہوسکتا ہے بالخصوص تحت الحاد التہاب زائدہ کی اساءتوں میں (زائدۂ ضابط -(controlling appendix =

۲ چوبیس گھنٹے کے دوران میں جو براز حوضی قولون کے اندر جمع ہو جاتا ہے اُسکے معا مستقیم کے اندر داخل ہونے سے تبرز کی خواہش پیدا ہوتی ہے اور معا مستقیم کے اندر براز کا یہ داخلہ ناشتہ کھانے کے تہیج یا اُٹھ کر کھڑے ہونے کے تہیج یا کسی اور روزانہ وظیفہ کے تہیج سے معکوس طور پر واقع ہو جاتا ہے۔

تبرز کے آخری عمل۔ یعنے مستقیم کے اندر براز کے داخلہ اور اُس کی آخری تفریغ میں خلل واقع ہونا عام نہاد عادتی قبض (habitual constipation) کا ایک عام سبب ہے۔ ہرسٹ (Hurst) نے اِسے عسر تبرز کا نام دیا ہے۔ اِس فعل کی انجام دہی کا انحصار ایک تہیج پر ہوتا ہے جو معا مستقیم سے منتقل ہوتا ہے اور اِس تحسیت پر جو حوضی قولون کی طرف سے ظاہر ہوتی ہے۔ اُن اشخاص میں جن میں اجابت پابندی اوقات کے ساتھ ہوا کرتی ہے یہ تہیج روزانہ ایک خاص وقت پر پیدا ہوا کرتا ہے اور اگر اسے عمل کرنے دیا جائے تو اِس کا نتیجہ افراغ ہوتا ہے لیکن اگر اِس تہیج سے بے اعتنائی کی جائے اور پاخانہ پھرنے کی خواہش کو دبا دیا جائے تو بعد کے موقع پر اِس معکوسہ کے نسبتہً کم فعال ہونے کا امکان ہوتا ہے اور کچھ زمانہ گذر جانے کے بعد ممکن ہے کہ یہ تہیج محسوس ہی نہ ہو۔ چنانچہ اس خواہش کا دبانا اور اِسکے احساس سے بے اعتنائی کرنا قبض کے عام اسباب ہیں۔ کام پر جانے کے لئے جلدی کرنے والے اشخاص کی حالت میں عدم فرصت، بڑے مکانوں میں یا لڑکیوں کے

مدرسوں میں چھوٹی شرم، بڑے دفاتر میں جگہ کا کافی نہ ہونا اور بہت سے لوگوں میں محض کاہلی یہ اس کا سبب ہوتے ہیں، چنانچہ اس عمل کو ملتوی کر دیا جاتا ہے یہاں تک کہ پابندیٔ وقت کی عادت بالکل چھوٹ جاتی ہے، براز دو یا تین دن بلکہ ایک ہفتہ تک محبوس رہتا ہے، اور پھر صرف ملین ادویہ یا حقنہ کے استعمال سے افراغ حاصل کیا جا سکتا ہے۔

عسرِ تبرز کا ایک دوسرا سبب اُن ارادی عضلات کی کمزوری ہے، جو افیہ شکم کو بھینچتے ہیں، اور قولون سے معاءِ مستقیم کے اندر، اور معاءِ مستقیم سے مبرزی گذرگاہ کے آرپار براز کے گذرنے میں ممد ہوتے ہیں۔ یہ شہیقی عضلاتِ شکم، ڈایافرام، عضلۂ رافع المبرز اور حوضی فرش کے دوسرے عضلات ہیں۔

اگر غیر شفاف خوراک کا بیشتر حصہ اس کے کھانے کے چوبیس گھنٹے بعد حوضی قولون اور معاءِ مستقیم میں پہنچ گیا ہے، اور اگر باوجود اس کے تبرز کی خواہش نہ ہو تو عسرِ تبرز کی تشخیص قائم کی جا سکتی ہے۔

براز کے گذرنے میں میکانی روکاوٹیں، جیسے کہ قولون کا ضغط یا تثنی، براز کی سخت گٹھلیاں، بالید کی وجہ سے تضیق، عضلۂ عاصرۃ المبرز کا تشنج، اور قولون کا تشنج (یعنے وہ حالت جسے تشنج الامعاء: entrospasm کہتے ہیں) بڑی آنت کے کسی بھی حصہ میں تاخیر واقع کر سکتی ہیں۔ ان میں بعض حالتیں بلند تر درجہ میں مکمل تسدد پیدا کر دیتی ہیں۔

علامات۔ اگر آنتوں کو اپنے حال پر چھوڑ دیا جائے تو ان کا عمل یعنی اجابت دو، تین، چار یا زیادہ دنوں کے وقفہ سے ہوتی ہے۔ قولون یا معاءِ مستقیم برازی مادے کی سخت گول گٹھلیوں (سُدّوں) سے پُر ہو جاتی ہے، جو کسیقدر پھیکے رنگ کی ہوتی ہیں، اور باہم پیوستہ ہو کر تودے بنا دیتی ہیں۔ پاخانہ پھرنے کی خواہش کا نتیجہ پہلے شاید ہی ہوتا ہے کہ کانکھنے کی کوششیں ہوتی ہیں جو غیر موثر ثابت ہوتی ہیں۔ لیکن بالآخر کچھ سُدّے نکلتے ہیں، اور ممکن ہے کہ چند گھنٹوں کے اندر کچھ اور دو یا تین بار مکرر نکلیں، یہاں تک کہ نیچے والی آنت خالی ہو جائے۔ اس کے بعد کئی روز کے دوسرے عرصے تک آنت غیر فعال رہتی ہے یعنی اجابت نہیں ہوتی۔ اس احتباس کے دوران میں ممکن ہے کہ مریض مختلف الاقسام کی بے آرامیاں محسوس کرے۔

358

مقامی طور پر ممکن ہے کہ مقعد میں بڑی یا بھاری پن کا احساس ہو یا اسے مبرزی خارش کی شکایت ہو۔ اور ممکن ہے کہ اور وہ باصوری پھول جائیں اور بواسیر پیدا ہو جائے بعض اوقات اعصاب حوض پر برازی تو دوں کے دباؤ کی وجہ سے نیچے رانوں تک درد ہوتا ہے۔ اکثر شکم میں اوسط درجہ کا تمدد ہو جاتا ہے جس کے ساتھ شاید ریحیت اور ڈکاریں بھی ہوں۔ زبان اکثر فرزار، سپیدی مائل یا میلی بھوری ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ سانس میں بدبو ہو۔ بعض مریضوں میں سستی اور پریشانی کا احساس ہوتا ہے، چستی یا تازگی مفقود ہو جاتی ہے اور حقیقی دردسر ہوتا ہے، یا یہاں تک ہوتا ہے کہ بہت زیادہ ذہنی انخفاض ہوتا ہے۔ بعض اصحاب ان علامتوں کو اور بہت سی دوسری علامتوں کو امعا کے مانیہا کی سست رفتاری یا معوی سرکود پر محمول کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 360)۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہیے کہ اگر قبض جسقدر زیادہ عادتی ہوتا ہے عام اختلال اُسیقدر کم ہوتا ہے۔ اور بہت سے لوگوں میں باوجود اس کے کہ انھیں آخری تفریغ بہت دن پہلے ہوئی تھی خود میں کسی خرابی کا احساس نہیں ہوتا۔

جہاں براز معاءِ مستقیم میں محبوس ہو جاتا ہے آخرالذکر اُسے جگہ دینے کیلئے بے انتہا متسع ہو جاتی ہے۔ براز کی وہ حالت کہ جبکہ اس کے سدّے بن جاتے ہیں، اس طرح پیدا ہوتی ہے کہ وہ قولون میں محبوس ہو جاتا ہے، اور اس احتباس کے دوران میں اس کے اندر جو کچھ پانی موجود ہوتا ہے اُس میں سے زیادہ تر کے جذب ہو جانے کا موقع پیدا ہوتا ہے۔ اُس وقت بھی جب کہ معاءِ مستقیم سدّوں کے تودوں سے پُر ہو کر تنی ہوئی ہو، مبرز سے کسیقدر برازی سیال خارج ہو سکتا ہے یا مخاط کے افراز کی تحریک ہو سکتی ہے، اور ممکن ہے کہ ان مایعات کے اخراج سے اسہال کی مشابہت ہو جائے۔ نسبتہً زیادہ وسیع نازلتی التہابِ قولون، اور برازی قروح بھی قبض سے پیدا ہو سکتے ہیں۔

حوضی قولون کے اندر برازی مادّے کا اجتماع ممکن ہے ایسا ہو کہ وہ شکم کے حصۂ زیریں میں ایک بڑی رسولی بنا دے جس کا امتیازی خاصّہ یہ امر ہے کہ انگلی کے سخت دباؤ سے اُس میں گڑھا پڑ سکتا ہے۔

علاج ۔ مجملاً یہ کہا جا سکتا ہے کہ قولونی رکود کا علاج غذا کے ذریعہ سے اور شدید تر درجوں میں ڈیلک شکلی ورزشوں اور ادویہ سے کرنا چاہیے، اور عُسرتبرز کا علاج ترغیب اور ورزشوں سے، اور شدید تر درجوں میں درجہ دار حقنوں سے۔ یہ یاد رکھنا چاہیے کہ بعض مریض ہر دوسرے یا تیسرے روز پاخانہ جانے کی صورت میں بھلے چنگے رہتے ہیں۔

مریض کو روزانہ پابندیٔ وقت کے ساتھ اور بلا عجلت کئے پاخانہ جانا چاہیے، خواہ اُسے اُس وقت حاجت معلوم ہو یا نہ ہو، اور اس طریقہ کو بقیہ زندگی بھر ایک عادت کے طور پر جاری رکھنا چاہیے، لیکن ممکن ہے کہ اِس طرزِ عمل کے عمدہ اثرات کا پورا اظہار مہینوں کے بعد ہو۔ عُسرتبرز کی حالت میں اُکڑوں وضع اختیار کرنی چاہیے۔

غذا کی ترمیم اس نہج پر کرنی چاہیئے کہ اس میں کافی سبزیاں ترکاریاں تازہ یا مصئون پھل، یا سلاد مع سلاد کے تیل کے شامل ہوں۔ لال روٹی (brown-bread) نُبے چھنے آٹے کی روٹی، یا جَے کے دَلیے سے بعض اوقات آنتوں کو مطلوبہ تہیج حاصل ہو جاتا ہے۔ غذا کافی مایع بھی ہونی چاہیئے، اور بعض لوگوں میں ناشتہ سے پہلے ایک گلاس ٹھنڈا پانی پینے یا ایک سیب کھا لینے سے روزانہ ایک اجابت ہو جاتی ہے۔ حریص قولون کی اصابتوں میں دَلیئے، آلوؤں یا دم پخت کردہ پھلوں میں جذب ناپذیر پسے ہوئے اگار اگار (agar agar) کے ایک دو چھوٹے چمچے ملا لینا مفید ہوتا ہے۔

اُن لوگوں میں جو نقل وحرکت کم کرتے ہوں اور گھر میں بیٹھے رہنے کی عادتیں رکھتے ہوں چلنے کی ورزش، شمشیر بازی، گھوڑے کی سواری، گاڑی کی سواری یا گاڑی ہانکنا اکثر مفید ہوتا ہے۔ یا سویڈش ورزشوں سے عضلاتِ شکم کو خاص طور پر ورزش کرائی جائے اور قولون کی مالش اُس خط کے طول میں کی جائے جو غیر شفاف خوراک کے بعد لاشعاعوں سے ظاہر ہوا ہو۔ عورتوں میں فرش حوض کو ورزش کرائی جائے یعنی مریضہ کو کہا جائے کہ وہ صبح وشام مبرز کو تین بار اندر کھینچے اس طرح جس طرح کہ ریح کے اخراج کو روکنے کے لئے کیا جاتا ہے۔

لیکن بایں ہمہ ممکن ہے کہ پھر بھی ادویہ کے استعمال کی ضرورت پڑے،

اور ان کے انتخاب میں احتیاط اور غور کی ضرورت ہے۔ عام طور پر نہایت تیز یا شدید الفعل
مسہلات سے پرہیز کیا جائے، کیونکہ اُن سے بہت سے پتلے دست ہوجاتے ہیں،
جن کے اثر سے معوی عضلہ کلی طور پر خستہ ہوجاتا ہے، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بعد میں
کئی دن تک کوئی تفریغ نہیں ہوتی۔ لیکن یہ پہلے ہی بتلایا گیا ہے کہ قبض کا انحصار
حرکت دودی کی قلت پر ہوتا ہے، اسی واسطے حد سے زائد تہیج اور خستگی سے خاص طور پر
احتراز لازم ہے۔ اس نقطۂ نظر سے اس سے بہت فائدہ حاصل ہوتا ہے کہ معمولی
ملینات کے ساتھ ایسی دوائیں بھی شریک کر دی جائیں جو معوی عضلہ پر مقوی اثر
رکھتی ہوں۔ یہ بالخصوص کچلا اور لوہا ہیں۔ سنا کی پھلیاں جنھیں چند گھنٹے ٹھنڈے
پانی میں بھگو رکھا اور پھر پیا جاتا ہے، ایک مفید ملین ہیں۔ کاسکیرا سیگریڈا
(cascara sagrada) کا مائع خلاصہ، ۲۰ یا ۴۰ قطروں کی معتادوں میں شربت
زنجبیل (syrup of ginger) کے ساتھ شریک کرکے، یا اُس کا خشک خلاصہ ۲ یا ۳
گرین کی معتادوں میں گولی کی صورت میں روزانہ شب کے وقت دیا جاسکتا ہے۔
خالص لکوڈ پیرافین، حالتِ مرض کی ضروریات کے لحاظ سے ½ اونس تا ۱ اونس کی
معتادوں میں روزانہ ایک یا دو بار دیا جاسکتا ہے۔ الائن (aloin) ۱ یا ½۱ گرین اور
کچلے کا خلاصہ ¼ یا ½ گرین، ایک کارگر امتزاج ہے، جس کا استعمال صبح کے وقت
ناشتہ سے پہلے کرنا چاہیے۔ بعض اوقات اس کے ساتھ خلاصہ لفاح (extract of
belladonna) ¼ گرین، یا عرق الذہب (ipecacuanha) ½ گرین شامل کردینا
مفید ہوتا ہے۔ سلفیٹ آف آیرن (sulphate of iron) (۱ گرین)، الائن اور کچلے
کے ساتھ بھی نہایت مفید ہوتا ہے۔ اگر روزانہ ایک گولی ناکافی ہو تو دو بلکہ تین گولیاں
لی جاسکتی ہیں۔ لیکن بہرصورت اصل علاج یہ ہے کہ فعال اسہال سے پرہیز کرنا چاہیے،
اور جیسے ہی کہ اس کے پیدا ہونے کا امکان معلوم ہو، روزانہ تین گولی کو گھٹا کر دو یا دو
سے ایک کر دینا چاہیے۔ اور آخرکار آنتوں کا فعل یعنی اجابت بلا کسی قسم کی خارجی
مدد کے خود ہونے لگیگی۔ بعض حادثی حالتوں میں یا شکمی عملیات کے بعد ایسیرین
سیلی سیلیٹ (eserine salicylate) یا پچوٹرین (pituitrin) کا تحت الجلدی اشراب
کیا جاسکتا ہے۔ قدرتی نمکین پانی (natural saline waters) جیسے کہ رُوبیناٹ

(Rubinat) ' پولنا (Pullna) ہنیاڈیجنوس (Hunyadi Janos) (جن میں میگنیشیم اور سوڈیم کے سلفیٹس موجود ہوتے ہیں)، اور کارلس باڈ (Carlsbad) (جو خاص کر سلفیٹ آف سوڈیم ہے)، جب کبھی دستیاب ہوسکیں مفید ہوتے ہیں۔ انھیں مریض ناشتہ سے پہلے ایک وائن گلاس بھر سے لے کر ایک نصف ٹمبلر تک لے سکتا ہے۔ کارلس باڈ کے نمک جو مختلف چشموں کے پانی سے نکالے گئے ہوں، یا خود سلفیٹ آف سوڈیم بھی دے سکتے ہیں۔ آدھے ٹمبلر گرم پانی میں ایک چھوٹا چمچہ بھر نمک حل کر کے ناشتہ سے پہلے پی لینا چاہئے۔ علاج کے آغاز میں آنت کے اندر بالخصوص معاء مستقیم میں، جو مفتحات (aperients) کے راست عمل کے نقطہ سے نیچے ہوتی ہے، براز کا اجتماع ہوتا ہے، اس لئے اکثر ٹھنڈے پانی کے حقنوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ جب براز کا ایک بڑا اجتماع واقع ہوگیا ہو تو ممکن ہے کہ حقنہ کے ساتھ انگلی کی مدد سے بھی کام لینا پڑے۔ اس کے بعد چند روز تک حقنہ کا استعمال جاری رکھنا چاہئے تاکہ زیادہ قدرتی طریقہ قائم ہونے تک اس سے آنت کو تحریک حاصل ہوتی رہے۔ اُس عسر تبرز میں جو ترغیب اور ورزشوں سے شفایاب نہ ہو، گلیسرین کے درجہ دار حقنے آزمائے جاسکتے ہیں۔ انھیں ایک اونس گلیسرین سے شروع کرنا چاہئے اور بتدریج گلیسرین کو کم کرتے ہوئے اُس کے بجائے پانی کی مقدار دن بدن زیادہ بڑھاتے رہنا چاہئے۔

قنال غذائی تسمم الدم

(alimentary toxæmia)

قنال غذائی تسمم الدم سے مراد خون کے اندر اُن سموم کا جذب ہونا ہے جو قنال غذائی سے اخذ ہوتے ہیں۔ اب یہ یقین زیادہ مستحکم ہوتا جارہا ہے کہ کثیر التعداد علامات امراضیاتی حالتیں، بلکہ صریح امراض بھی اسی تسمم الدم کے باعث ہوتے ہیں۔ مگر اس سے پہلے کہ یہ نظریہ بالکل سائنٹیفک بنیاد پر قائم کردیا جاسکے بہت سی مشکلوں پر غالب آنا پڑے گا۔ فی الحال ہم اس سے اور کچھ زیادہ نہیں کہہ سکتے کہ وہ علاج جو اس مفروضہ پر مبنی رکھا گیا اکثر کامیاب ثابت ہوا۔ ظاہر ہے کہ سبب اور نتیجہ کی درمیانی کڑیوں کا پتہ لگا لینا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔

اولاً ممکن ہے کہ ان سموم کا منبع وہ عضویات ہوں جو باہر سے داخل ہو جاتے ہیں جیسے کہ عفونتِ دہن (oral sepsis) کی صورت میں کہ جس کا تذکرہ پہلے ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 321)، اور ایسی صورت میں جوئے خون کے اندر بقاتِ سبحیہ داخل ہو جاتے ہیں یا وہ خرد عضویات جو دانتوں کے خانوں (sockets) سے آتے ہیں متواتر نگلے جاتے ہیں اور مرض کا باعث ہوتے ہیں۔ یہ غذائی نالی کے مختلف حصوں میں جاگزیں ہو سکتے ہیں اور وہاں سرائتیں پیدا کر دیتے ہیں۔ حال ہی میں رثیت نما التہابِ مفاصل (rheumatoid arthritis) اور التہابِ عظمی مفصلی (osteo-arthritis) کی بعض اقسام اسی سبب کی طرف منسوب کی گئی ہیں۔ دوئم، ممکن ہے کہ دراصل خود غذا ہی میں زہر موجود ہوں، یا پروٹینز بمقدارِ کثیر موجود ہوں جو تحلیل ہو جائیں، یا کاربوہائڈریٹس بمقدارِ کثیر موجود ہوں جن میں تخمیر پیدا ہو جائے۔ اور سوئم ممکن ہے کہ عادتی قبض کے نتیجہ کے طور پر غذا یا یوں کہنا زیادہ موزوں ہوگا کہ براز بہت عرصہ تک محبوس رہے یہاں تک کہ اس میں جراثیمی یا کیمیائی تغیرات نمودار ہو کر سموم یا زہری کیمیائی اشیاء پیدا ہو جائیں (معوی سمِ کود)۔

360

معلوم ہوتا ہے کہ ہضم کے پیچیدہ اعمال جو قنال غذائی میں معدے سے معاء مستقیم تک (بشمول ہر دو) واقع ہوتے رہتے ہیں، اور تاخیر و اختلال کے وہ امکانات جو ایک ایسے طویل کھفہ میں موجود ہیں، کیمیائی زہروں یا سموم کی تکوین کے لئے، اور دورانِ خون کے اندر ان کے داخلہ کے لئے وافر موقع بہم پہنچاتے ہیں۔ لیکن ابتدا شاید یہ صرف جدید زہروں یا سموم کی پیدائش کا ہی سوال نہیں ہوتا بلکہ اس میکانیت کے ٹوٹ جانے کا بھی سوال ہوتا ہے جو غذائی قنال یا دوسرے مقامات کے زہروں کو خون کے اندر داخل ہونے سے طبعاً روکتی ہے۔ یہ میکانیت ہضمی افرازات، مخاطی اغشیہ اور ان کا مخاط، جگر کا مانع سمیت فعل، اور ممکن ہے کہ غدۂ درقی کا فعل ہے۔

لیکن یہ غیر یقینی معلوم ہوتا ہے کہ آیا وہ جراثیم جو عموماً آنت کے اندر پائے جاتے ہیں کوئی حقیقی نقصان کرتے بھی ہیں، یا یہ کہ وہ کن حالات میں ایسا کرتے ہیں۔ اور کیمیائی اسباب کے متعلق یہ ہے کہ ابھی بہت کچھ جاننا باقی ہے، کیوں کہ بعض اصحاب تو انڈول (indol)، اسکیٹال (skatol) اور فینال (phenol) کی تکوین اور ایتھیریئل سلفیٹ

(ethereal sulphates) کی زائد تکوین کو بہت اہمیت دیتے ہیں، اور دوسرے اصحاب جیسے کہ میلان بی (Mellanby) امائنس (amines) میں بہت خطرہ دیکھتے ہیں، جو کہ اس وقت پیدا ہوتے ہیں جب کہ معوی جراثیم کی وساطت سے پروٹین پاش آمینو ایسڈز سے اُن کی کاربن ڈائی آکسائیڈ الگ ہوجاتی ہے۔

غذائی تسمم کی ان اصابتوں پر رائے زنی کی چنداں ضرورت نہیں۔ جن میں نوعی عصیے موجود رکھنے والی تحلیل پذیر غذا کا ادخال ہوجاتا ہے، اور اُس کے اثر سے علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔

نقرس (gout) اور اُس سے مماثل حالتیں ایسی غذا کے طویل استعمال کی طرف منسوب کی جاتی ہیں جس میں پروٹینز کی مقدار بہت زیادہ ہو، لیکن یہ امر ابھی تک معرضِ بحث میں ہے کہ آیا ایسا اس وجہ سے کیا جاتا ہے کہ پروٹینز جلد تحلیل ہوجاتے ہیں، یا آیا خرد عضویے پروٹینز کے ساتھ کوئی تعلق رکھتے ہیں ؛ یا آیا جراثیمی سموم، یا دوسرے کیمیائی مرکبات جیسے کہ پیُورنیس (purins)، یہ فساد پیدا کر دیتے ہیں۔ اِسی طرح ممکن ہے کہ کاربوہائڈریٹس کی زیادتی بچوں میں ایک سمی حالت پیدا کر دے، جس میں تپ، متلی، بھری اجابتوں کے ساتھ اسہال، اور تمدد شکم موجود ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ بعض جلدی ثورانات کا انحصار معدی معوی بے قاعدگیوں پر ہوتا ہے، مثلاً سیپ دار مچھلی کھانے کے بعد شدید شری (acute urticaria) پیدا ہونا، خواہ یہ راست تسمم کے باعث ہو یا جیسا کہ بعضوں کا یقین ہے، استعداف کی ایک مثال ہو۔

تھوڑے عرصہ سے تیسرا جزو عامل و دلچسپی کا مرکز بن گیا ہے، یعنے مزمن قبض یا معدی رکود، جو احتباسِ براز پیدا کر دیتا ہے، سرآربتھ ناٹ لین (Sir Arbuthnot Lane) نے اس احتباس کی طرف بہت سے خراب نتائج منسوب کئے ہیں۔ اُس کا کہنا ہے کہ ابتدائی زندگی میں نامناسب غذا دینے سے اور انتصابی وضع قایم رکھنے سے آنتوں میں لٹک پڑنے کا رجحان پیدا ہوجاتا ہے، اور یہ کہ اُن کو سہارا دینے کے لئے مختلف حصوں میں باریطونی انضمامات بن جاتے ہیں، اور یہ کہ ازاں بعد مسلسل احتباس کی وجہ سے اور محبوس برازی مادے کے زائد بوجھ کی وجہ سے لفائفی کے آخری سرے پر اور اثنا عشری میں ثنیات بن جاتے ہیں، جو احتباس کو اور بھی بڑھا کر اُس سے اوپر کے

عضوں کا اتساع پیدا کر دیتے ہیں اور ساتھ ہی تمام احشا کا عمومی سقوط بھی ہوتا ہے۔ اس معوی رکود کے نتیجہ کے طور پر جو برازی مادہ اس طرح محبوس ہو جاتا ہے اس سے سمیات پیدا ہو جاتے ہیں جو مقامی اور عمومی دونوں طرح سے مضر اثر رکھتے ہیں۔ مقامی نتائج حسب ذیل کہے جاتے ہیں:۔ التہابِ زائدہ دودیہ (appendicitis)، اثنا عشری قرحہ، تشنجِ بواب (spasm of the pylorus) معدی اتساع (gastric dilatation)، معدی قرحہ، معدے کا سرطانی سلعہ اور جو فیزی سیلانِ ریم (pyorrhoea alveolaris)۔

مریض کی عام حالت میں اس معوی رکود سے جو تسمم پیدا ہو جاتا ہے وہ اسے جسم کی ہر بافت میں محسوس ہوتا ہے:۔ ہاتھ ٹھنڈے، دورانِ خون ناقص، چہرے کا رنگ سیاہی مائل، چہرے اور بدن کی لونیت، صلبیہ کا دھندلاپن اور ملتحمہ کا تہیج، ذہنی سستی، انخفاض، دردِ سر، بے خوابی، جسمانی یا دماغی محنت کی ناقابلیت، وجع العصب وہ بیان کرتے ہیں کہ اس کے اثرات عورتوں میں بالخصوص مختلف ہوتے ہیں:۔ چربی کم ہو جاتی ہے، گردے لٹک پڑتے ہیں، رحم پس خمیدہ ہوتا ہے، پستان کا دوری مرض (cystic disease) اور سرطان پیدا ہو جاتا ہے، اور تناسلی بولی خطے کی سرایت باسانی واقع ہو جاتی ہے۔

361

لیکن یہاں اس کا اعتراف ضروری ہے کہ دوسرے مشاہدین یہ یقین نہیں رکھتے کہ مزمن معوی رکود دراصل اس قدر خراب نتائج پیدا کر دیتا ہے۔ وہ یہ عقیدہ رکھتے ہیں کہ ایسے مریض جن علامات کی شکایت رکھتے ہیں وہ دراصل اس نہاکتِ اعصاب کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں، جو استبطان کی عادت کے باعث نمو یاب ہو جاتی ہے، اور بالخصوص اپنی آنتوں کے حرکات پر ہمیشہ مبالغہ کے ساتھ توجہ دینے سے۔

پروفیسر آرتھر کیتھ (Prof. Arthur Keith) معا میں رکود کے مبدا کے متعلق سر آرتھر ناٹ سے مختلف رائے رکھتے ہیں۔ معا اور معدے کے حرکات کے لاشعاعوں کے ذریعہ مشاہدات، اور آورباک کے ضفیرے (Auerbach's plexus) اور متلازم معوی ساختوں کی خردبینی تحقیقات کی بنا پر وہ یہ نظریہ پیش کرتے ہیں کہ حرکاتِ دودیہ، معوی قنال میں جدا جدا نقطوں سے شروع ہوتے ہیں، جو ان حرکات کے

لحاظ سے مندرجۂ ذیل شعبوں میں تقسیم کئے جا سکتے ہیں :۔ اثنا عشری، صائمی لفائفی، قربی قولونی اور بعدی قولونی ۔ ان میں سے ہر شعبہ میں حرکت دودیہ بالائی سرے پر زیادہ فاعلی، اور جوں جوں وہ نیچے کی طرف بڑھتی ہے نسبتہً کم فاعلی دیکھی گئی ہے، چنانچہ نیچے کے سرے پر ایک ایسی حالت پیدا ہو جاتی ہے جو عضلۂ عاصرہ کے فعل سے مماثل ہوتی ہے ۔ کیتھ ان میں سے ہر شعبہ کے بالائی سرے پر قلب کی جوفی اذینی گرہ (sino-auricular node) سے مماثل ایک عصبی عضلی بافت تسلیم کرتا ہے، جسے وہ اسی واسطے کریبی بافت کے نام سے موسوم کرتا ہے ۔ اور ماساریقی (آلوز بیک کے) ضفیرے کو وہ اذینی بطینی بنڈل (auriculo-ventricular bundle) کا مثیل تصور کرتا ہے ۔ وہ خیال کرتا ہے کہ ان میں سے کسی ایک شعبہ کے طول میں اس کی بالائی گرہی بافت سے نیچے کی طرف صدمات کے باانتظام انتقال میں تغیر و تبدل ہونا متعلقہ شعبہ میں معوی رکود کی توجیہ کر سکتا ہے بغیر اس کے کہ کیز کے بیان کردہ انضمامات، بندوں اور ثنیات کی ضرورت ہو ۔ وہ اس عقیدے کی طرف میلان رکھتا ہے کہ ممکن ہے کہ علی الترتیب مری اور معدے میں بھی اسی سے مشابہ عصبی عضلی بافت اسی طریقہ پر فعل کرتی ہو ۔

علاج نہایت کامل طور پر اور طبی اصول کے مطابق غذا، مسہلات، اور دوسری تدبیروں کے ذریعہ سے اسی طرح پر کرنا چاہیے جیسا کہ "قبض" کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے ۔

اسہال

(DIARRHŒA)

اسہال سے یہ مراد ہے کہ اجابتیں معمول کی نسبت زیادہ بار بار اور زیادہ پتلے قوام کی ہوں ۔ یہ زائد حرکت دودیہ اور زائد معوی افراز یا قلیل جذب کا نتیجہ ہوتا ہے ۔ اس کے اسباب کی جماعت بندی حسب ذیل ہو سکتی ہے :۔ (۱) **معدہ زاد** ۔ اکثر کم نمک ترشگی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ۲۰ یا ۳۰ قطرے مرقق ترشۂ نمک دن میں تین بار دینے سے اسہال رک جائے ۔ معدی صائمی تفویہ کے بعد اسہال ہو سکتا ہے ۔ (۲) **چھوٹی آنت کی**

سرایت، جیسی کہ نازلتی التہابِ امعا، تپ محرقہ اور تدرّن میں ہوتی ہے، اسہال کا سبب ہوسکتی ہے۔ تدرّن میں پاخانوں کی نابستگی اور غیرہضم شدہ نوعیت کئی جذب کی وجہ کو ہوسکتی ہے۔ مرض شکمی (cœliac disease)، مزمن التہاب لبلبہ (chronic pancreatitis)، سپرو (sprue) اور مرض چربشی (lardaceous disease) کا اسہال بھی ہوتا ہے۔ (۳) قولون اور معاء مستقیم میں اسہال کے اسباب کثیر التعداد ہوتے ہیں، جن میں مندرجہ ذیل شامل ہیں:۔ زحیرات (dysenteries)، تقرحی التہاب قولون، حاد التہاب قولون جو اکثر عفونت ہائے دمویہ کے ساتھ مثلاً نبقی ریوی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، مزمن التہاب گردہ کا قولونی التہاب، خبیث مرض، وہ خراش جو مسہلات اور حقنوں کے بیجا استعمال کے بعد پیدا ہوجاتی ہے۔ (۴) معکوس اسہالات التہابِ مرارہ (cholecystitis) اور التہاب زائدہ دودیہ (appendicitis) سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ (۵) عصبی نظام، جذبات یا ہسٹیریا کے ذریعہ سے اسہال پیدا کرسکتا ہے، اور اسہال کی ایک شاذ قسم ہے جو ہزال نخاعی (tabes) کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے۔ (۶) ایک مخلوط گروہ ہے، جس میں مرض گریو (Grave's disease) کا اسہال اور انسولین (insulin) کی زیادتی سے پیدا ہوجانے والا اسہال شامل ہے۔

یہ یاد رکھنا چاہیے کہ تھوڑی تھوڑی مقداروں میں امعات کا بار بار خارج ہونا بذاتہٖ یہ ظاہر نہیں کرتا کہ آنت کی تنال کھلی ہے۔ مثلاً انما دمعوی کے ساتھ جو آنت میں ایک جزئی تسدد پیدا کرتا ہے، مخاط اور خون کا اخراج ہوجاتا ہے۔ مخاط آمیز برازی سیال، مغروز براز کے نہایت بڑے بڑے تودوں میں سے رستا ہوا نیچے جاسکتا ہے۔ اور سب سے آخر میں ممکن ہے کہ ایک واضح طور پر منقبض آنت بھی اس پتلے مائع میں سے جو تسدد کے اوپر جمع ہوجاتا ہے، کسیقدر مقدار تسدد کے وار پار گذرنے دے، اور سطحی اسہال کا اشتباہ پیدا ہوجائے۔ ان کو اسہالات کاذب کہتے ہیں۔

362

اقسام۔ ان مادوں کی نوعیت کے لحاظ سے جو خارج ہوتے ہیں، اسہال [illegible] مختلف نام رکھے گئے ہیں۔ مثلاً ایک اسہال ہیضوی (choleraic diarrhœa) ہوتا ہے، جس میں دست بڑے بڑے اور پانی جیسے، یا چاولوں کی پیچ جیسے ہیضہ کے

کی طرح ہوتے ہیں۔ یا زحیری اسہال (dysenteric stools) جس میں مخاط بڑی مقدار میں اور شاید خون بھی موجود ہوتا ہے ۔ اسہالِ خلفی (lienteric diarrhœa) جس میں معدے میں غذا پہنچتے ہی پاخانہ ہو جاتا ہے ۔ یہ غالباً طبعی معدی قولونی معکوسہ کی زیادتی کی وجہ سے ہوتا ہے (50) ۔ اور اسہالِ صفراوی (bilious diarrhœa) جب کہ خارج شدہ مادے ایک بھورے یا سبزی مائل بھورے رنگ سے گہرے ملوّن ہوں جو صفرا کی مقدار میں کوئی زیادتی ہونے کے باعث اتنا نہیں ہوتا جتنا کہ اس سبب سے کہ اثنا عشری اور صائم کے مافیہ جو صفرا سے ملوّن ہوتے ہیں غذائی قنال میں سے سرعت کے ساتھ گذر گئے ہیں اور صفرا کے متغیر شدہ لون (یعنی یوروبائے لین — urobilin) کے قدرتی بازانجذاب کیلئے وقت نہیں ملا ہے ۔ اسہالِ ذوبانی (colliquative diarrhœa) کی اصطلاح اُن کثیر المقدار خستگی پیدا کرنے والے اور دشوار علاج دستوں کے لئے استعمال کی جاتی ہے جو سلِ ریوی کے آخری درجوں میں ہوا کرتے ہیں ۔ اسہالِ بحرانی (critical diarrhœa) کی قدیم اصطلاح اُس اسہال کے لئے ہے جو ذات الریہ کے ایسے اختتام کے ساتھ ہوا کرتا ہے جو بحران کے ذریعہ سے ہو ۔ یہ اسہال غالباً ایک متلازم معوی قولونی التہاب کے سبب سے ہوتا ہے ۔

علاج ۔ اس کا انحصار سبب پر یا متلازم حالت پر ہونا چاہیے ۔ بیشتر اصابتوں میں جو نوعی نہوں وہی علاج اختیار کیا جا سکتا ہے جو التہابِ امعاء کے تحت بیان کیا گیا ہے ۔ اسہالِ خلفی کا علاج پوٹاسیئم برومائڈ (potassium bromide) کی پوری معتادوں سے کیا جائے کیونکہ اُس کا انحصار ایک مبالغہ آمیز معوی معکوسہ پر ہوتا ہے ۔

نزفِ معوی

(HÆMORRHAGE FROM THE BOWEL)

پہلے تذکرہ کیا گیا ہے کہ معاءِ مستقیم کی راہ سے خون کا نکلنا تپِ معویہ میں اور

معدی اور اثنا عشری قرحہ میں دیکھا جاتا ہے۔ یہ دوسرے تقرحات (مثلاً زحیر اور تقرحی التہاب قولون، انغماد الامعاء، سگمائڈ اور معاء مستقیم کے سرطان، شدید امتلائی اصابتوں یا ساریقی عروق کی سداد یت یا علقیت، پرپیورا اور دموی مرض کی دوسری اصابتوں کا بھی نتیجہ ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس امر سے کہ خون کس طور سے آتا ہے اس کا کچھ پتہ لگ جائے کہ وہ کہاں سے آ رہا ہے۔ معدی اور اثنا عشری قروح کے ادماء میں خون افرازات سے بہت کچھ متغیر ہو جاتا ہے، اور ایک سیاہ، کولتار کا سا نیم مائع یا رال جیسا تودہ بنا دیتا ہے (براز دم الاسود)۔ ٹائیفائڈی قروح سے جو نزف ہوتا ہے سابق الذکر حالت کی طرح اس میں بھی خون براز کے ساتھ غیر مخلوط ہوتا ہے، مگر وہ نسبتہً زیادہ شوخ سرخ رنگ کا، اور قلوی مافیہ کے فعل کی وجہ سے زیادہ سیال ہوتا ہے۔ زحیر میں خون دھاریوں یا چھوٹے تھکوں کی صورت میں مخاط یا ریم کیا تھ یا رقیق برازی مادے کے ساتھ مخلوط ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وقتاً فوقتاً خالص خون کی تھوڑی تھوڑی مقداریں بھی خارج ہوں۔ خون کی بڑی مقداریں بواسیر سے یا معاء مستقیم کے قرحہ سے ضائع ہوتی ہیں۔ یہاں ادماء عموماً تبرز کے فعل سے واقع ہو جاتا ہے۔ اور یہ خون یا تو ٹھوس برازی تودہ کی ایک جانب پر دھاریاں بنا دیتا ہے یا پاخانہ خارج ہو جانے کے بعد کم و بیش خالص قطروں یا دھار کی صورت میں نکلتا ہے دار الحفری (scorbutic) 'پرپیوری' اور نزفی حالتوں (اسکروی' نزفی پرپیورا جگر کے حاد زرد ذبول :acute yellow atrophy' خبیث چیچک :malignant variola) میں خون معاء مستقیم سے اس طرح آتا ہے کہ وہ (معاء کے اس حصے کے لحاظ سے جہاں سے کہ وہ نکلے یا اس آزادی کے لحاظ سے جس سے کہ وہ خارج ہو) کم و بیش براز کے ساتھ مخلوط یا خالص حالت میں ہوتا ہے۔ خون کی قلیل مقداروں کی تشخیص کے متعلق پہلے غور کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 330) نزف کا علاج ان مختلف امراض کے ساتھ دیا گیا ہے جو اسے پیدا کر سکتے ہیں۔

قولنج

(COLIC)

اگرچہ قولنج کی اصطلاح لفظِ قولون سے ماخوذ ہے' اس سے مراد وہ تشنجی دردِ شکم ہے جو حشائی مبدا رکھتا ہے۔ وہ اس زبردست دوری انقباض سے پیدا ہوتا ہے' جس کو اس وقت جب کہ وہ غذا پر سے گذر رہا ہو کوئی مزاحمت روک دے۔ قولنج حالب میں ہوسکتا ہے (قولنج کلوی = renal colic) یا صفراوی قناتوں میں (صفراوی یا کبدی قولنج = biliary or hepatic colic)' یا امعاء میں (معوی قولنج = intestinal colic)۔

بحث اسباب۔ معوی قولنج کا ایک عام سبب خراش آور اور نامناسب اغذیہ ہیں' جیسے کہ لحمِ خنزیر' پنیر' ہرن' نیل گائے وغیرہ جیسے شکاری جانوروں کا ثقیل گوشت' بیپ دار مچھلی' برفیلے مشروبات وغیرہ۔ بچوں میں قولنج غیر ہضم پذیر غذا کا بلکہ سادہ بسیار خوری کا عام نتیجہ ہوتا ہے۔ اسی زمرہ میں زیادہ فاعلی مسہلات شمار کیے جاسکتے ہیں۔ اس کے برعکس' قولنج کے ساتھ اکثر قبض متلازم ہوتا ہے' اور تسمم رصاصی میں ایسا نمایاں طور پر ہوتا ہے' خواہ یہ تسمم حاد ہو یا مزمن (ملاحظہ ہو تسمم رصاصی)۔ شاید بعض اصابتیں ایک خالصاً عصبی ماخذ کی طرف منسوب کی جاسکتی ہیں' مثلاً ہزال نخاعی میں معدی بحران کا شدید درد۔ سب سے آخر میں' آنت کے میکانی اور حاد التہابی ضررات' جیسے کہ تخنیق اور انغماد الامعاء شدید درد پیدا کردیتے ہیں' جو جزءً یا بکلیہ عضلی انقباض کے باعث ہوتے ہیں۔ تاہم قولنج کی اصطلاح عموماً ان حالتوں کے لئے محفوظ رکھی جاتی ہے جن میں کوئی تغیرِ ساخت یا التہابی تغیر نہ ہو۔

363

علامات۔ اہم علامت درد ہے' جو ناف کے قرب وجوار میں ہوتا ہے لیکن شکم کے دوسرے حصوں میں اِدھر اُدھر پھر سکتا ہے۔ دبانے سے اس درد میں اکثر افاقہ ہوجاتا ہے' لیکن بعض اوقات الیمیت محسوس ہوتی ہے۔ شکم یا تو اندر کھنچا ہوا ہوتا ہے اور عضلاتِ شکم منقبض ہوتے ہیں' یا ریح کی موجودگی کی وجہ سے پیٹ متمدد ہوتا ہے۔

جب ریح موجود ہوتی ہے تو اس وقت جب کہ اختلاف پذیر معوی تشنج اُسے آگے دھکیلتا ہے اُس کی حرکت سے قراقر پیدا ہو جاتے ہیں۔

ممکن ہے کہ یہ درد اس قدر شدید ہو کہ بہت ہبوط پیدا کر دے جس کے ساتھ چپچپا پسینہ بکثرت آئے اور نبض صغیر و ضعیف ہو۔ بعض اوقات قے موجود ہوتی ہے۔ اکثر قبض ہوا کرتا ہے۔ اس کے برعکس بعض اغذیہ جو قولنج پیدا کر دیتی ہیں ابتدائً فاعلی اسہال پیدا کر دیتی ہیں جس میں دست بھورے اور پانی جیسے پتلے ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ کے بعد مخاط آتی ہے۔ یہاں قولنج ایک متعین گو خفیف التہاب امعاء کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ زیادہ تیز مسہلات بھی مروڑ اور "قولنج نما" درد پیدا کر دیتے ہیں جو عموماً ہر تفریغ کے بعد کم ہو جاتے ہیں۔

تشخیص۔ قولنج کی کوئی ایک قسم شکم کے کسی حاد التہاب یا حاد معوی تسدد کے دردوں کے ساتھ خلط ملط ہو سکتی ہے۔ ممیز خصوصیات یہ ہیں:- مریض کی بے چینی جس کی وجہ سے ممکن ہے کہ وہ اپنے ہاتھ ادھر اُدھر پھینک رہا ہو۔ اس کی خمیدہ وضع کیونکہ شکم پر دباؤ پڑنے سے درد میں عموماً تخفیف ہو جاتی ہے۔ در آنحالیکہ دوران درد میں استواری کا ہونا عام ہے درمیانی وقفوں میں ڈھیلا پن ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد ایک مخصوص سمت میں جائے بالخصوص کلوی اور صفراوی قولنج کی صورت میں۔

علاج۔ ظاہر ہے کہ شدید درد شکم کی اصابتوں کا علاج نہایت احتیاط کے ساتھ کرنا چاہئے۔ اگر درد یقینی طور پر خراش آور اغذیہ کی وجہ سے ہو تو عموماً ایسے مسہلات کے استعمال سے افاقہ ہو جاتا ہے جیسے کہ ایک اونس ارنڈی کا تیل (castor oil) ۵ ابوند صبغیہ افیون (tinct. opii) کے ساتھ یا نصف اونس میگنیشیم سلفیٹ (magnesium sulphate) ½ ڈرام صبغیہ بکرا (tr. hyoscyami) کے ساتھ۔ یا ۵ گرین کیلومیل (calomel)۔ اور قولنج رصاصی (lead colic) کا بھی اسی اصول پر علاج کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو تسمم رصاصی)۔ گرم پانی یا کیسٹر آئیل کا حقنہ بھی مفید ہو سکتا ہے اور گرم تکمیدات یا گرم پانی کی شیشی شکم پر لگانی چاہئے۔ نیز ½ تا ⅔ اگرین پیپاویرین ہائڈروکلورائڈ (papaverine hydrochloride) ایک دافع تشنج (antispasmodic) کے طور پر براہ دہن آزمائی جا سکتی ہے۔ اگر ایسا کوئی شبہ ہو کہ

التہابِ زائدہ' التہابِ باریطون یا تسدد موجود ہے تو مسہلات سے احتراز کرنا چاہیے۔
اور علاج بالعملیہ کے مسئلہ کے متعلق غور کرنا چاہیے۔

معوی التہاب

(ENTERITIS)

قنال غذائی کے مختلف حصوں کو ماؤف کرنے والی ایسی کئی حالتیں ہیں جن کو فی الحقیقت معوی التہاب یا آنتوں کا التہاب کہا جا سکتا ہے۔ مثلاً وہ نازلتی عمل جس سے اسہال کے بعض اقسام پیدا ہوتے ہیں۔ لفائفی کے تدرنی اور ٹائفائڈی تقرحات۔ قولون کا وہ تقرحی التہاب جسے زحیر کہتے ہیں۔ اور وہ حادثغیرات جو انغماد الامعاء اور تخنیقات کی وجہ سے شروع ہو جاتے ہیں' فی الحقیقت سب کے سب معوی التہاب ہیں۔ لیکن ان میں سے بہتوں کو پہلے ہی ممیز نام مل چکے ہیں۔ دوسری حالتیں وہ ہیں جو محض ثانوی ہیں' اور چند ہی علامات ایسی پیدا کرتی ہیں جو اولی عارضہ کی علامات سے ماورا ہوں۔ علاوہ ازیں دوسری حالتیں ایسی بھی ہیں جن میں آنت کے طبقات کے التہاب کے ساتھ ہی التہاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے، جو مخاطی طبقہ کے التہاب کے علامات کو بالکل پوشیدہ کر دیتا ہے۔ لہٰذا اُن حالتوں کی تعداد' جنھیں معوی التہاب کی حیثیت سے جداگانہ بیان کرنے کی ضرورت ہے' صرف تھوڑی ہی ہے۔ اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اگر ہماری بہت سی معوی حالتوں (مثلاً اسہال) کے امراضیاتی پہلو پر صحیح طور پر غور کیا جائے تو ظاہر ہوگا کہ معوی التہاب کا نام بجا طور پر زیادہ کثرت سے استعمال کیا جا سکتا ہے۔

یہاں معوی التہاب کی مندرجۂ ذیل قسمیں بیان کی جائیں گی:- نازلتی معوی التہاب (catarrhal enteritis)' سبیانی معوی التہاب (infantile enteritis)' تسمم غذا (food poisoning)' سپرو (sprue)' ڈفتھیریائی معوی التہاب (diphtheritic enteritis)' فلغمونی معوی التہاب (phlegmonous enteritis)۔

نازلتی معوی التہاب

(catarrhal enteritis)

(معوی نازلت = intestinal catarrh)

ہر وہ چیز جو آنت کی غشائے مخاطی میں خراش پیدا کرے، نازلت پیدا کر سکتی ہے، مثلاً نامناسب غذا، بعض زہر، اور مسہل ادویہ۔ نازلت بعض اوقات سردی لگ جانے کی طرف بھی منسوب کی جاتی ہے۔ لیکن اس کی پیدائش میں غالباً بہت زیادہ کارگر عامل شدید حرارت ہے، چنانچہ نازلت گرما اور خزاں کے گرم موسم میں اس سے زیادہ پھیلتی ہے کہ جتنی سال کے بقیہ حصے میں۔ گرما میں اس کی کثرت وقوع سے ہر عمر کے اشخاص متاثر ہوتے ہیں، لیکن شیرخواروں پر بالخصوص حملہ ہوتا ہے جیسا کہ آگے چل کر بیان کیا جائے گا۔ ممکن ہے کہ قلب اور جگر کے مرض میں انفعالی امتلاء امعاء کی نازلت پیدا کر دے۔

تشریح۔ امعاء کی غشائے مخاطی میں تغیرات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ جسم کی دوسری مخاطی سطحوں میں۔ بافتیں زیادہ عرقی اور متورم ہو جاتی ہیں۔ سر حلمی خلیے، معہ لیبرکون کے غدد کے سر حلمی خلیوں کے، متورم، ابر آلود ہو جاتے ہیں، اور علیحدہ ہو کر وہ مخاط بنا دیتے ہیں جو بڑی مقدار میں موجود ہوتا ہے، اور بین اُنبیبی بافت میں خلوی درریزش واقع ہوتی ہے۔ زیادہ ترقی یافتہ اماتوں میں جرابات منفردہ بڑے ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان میں تاکل واقع ہو کر چھوٹے چھوٹے قروح پیدا ہو جائیں (جرابی معوی التہاب = follicular enteritis)۔ بعض اماتوں میں غشائے مخاطی کے دوسرے حصوں میں بھی تقرح واقع ہو جاتا ہے، اور اُن کے افرازات میں مخاطی ریم بلکہ ریم موجود ہو سکتا ہے۔ بالعموم یہ التہاب رفع ہو جاتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ بگڑ کر بتدریج ایک مزمن حالت بن جائے، جس میں غشائے مخاطی کے اندر زیادہ نمایاں تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اس میں بہت کچھ دبازت پیدا ہو کر سطح کا رنگ سلیٹ (slate) جیسا ہو جاتا ہے۔ اکثر، بالخصوص شیرخواروں کی مزمن نازلت میں، غشائے مخاطی کا ذبول ہوتا ہے، جو غدی

تہ کو تو ماؤف کر دیتا ہے مگر غشائے مخاطی کی عضلی تہ کو، اور تحت المخاطی بافت کو صحیح و سالم چھوڑ دیتا ہے۔

علامات ۔ معوی التہاب کی خاص علامت اسہال ہے یعنی پاخانوں کا بار بار آنا، جن کا قوام پتلا یا مائع ہو۔ اِس علامت کا سبب نہ صرف اُن افرازات کا تغیر و تبدل ہے جو معوی قنال میں داخل ہوتے ہیں، بلکہ بڑی حد تک اُن حرکات دودیہ کی زیادتی بھی ہے جو غشائے مخاطی کی خراش سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ براز کی حالت بہت مختلف ہوتی ہے: وہ عموماً ابتداءً کثیر المقدار، مایع، اور بھورے سے رنگ کا ہوتا ہے اور ساتھ ہی اس میں نسبتہً زیادہ ٹھوس مادے کے گالے یا ڈلے ہوتے ہیں۔ لیکن جلد ہی وہ نسبتہً ہلکے رنگ کا ہو جاتا ہے، یا ممکن ہے کہ زردی مائل، یا بعض اوقات سبز ہو۔ اس کا قوام اکثر بالکل پانی جیسا، یا شاید چکنا ہوتا ہے، یا اس میں ملوّن مخاط کے ڈلے موجود ہوتے ہیں۔ خرد بین کے نیچے غیر ہضم شدہ غذا کے ریزے، گوشت کا ریشہ، نشاستہ کے ذرات، اور چربی، معہ امونیم میگنیشیم فاسفیٹ کی قلموں، سرحلمی اور ریمی خلیوں، اور جراثیم کے نظر آتے ہیں۔ اجابتوں کی تعداد روزانہ دو یا تین سے لے کر دس، بارہ یا زیادہ ہو سکتی ہے۔

قولنجی درد اکثر موجود ہوتا ہے، جو اجابت ہونے سے پہلے ہوا کرتا ہے۔ حقیقی الیمیت بعض اوقات موجود ہوتی ہے۔ زیادہ فاعلی معوی حرکات کے ساتھ ساتھ وقتاً فوقتاً قراقر سنائی دیتے ہیں۔ تپش مختلف ہوتی ہے۔ بھوک اکثر اوقات جاتی رہتی ہے، مریض کو پیاس کی شکایت ہوتی ہے، اُس کا منہ خشک ہوتا ہے، زبان کسیقدر زردار ہوتی ہے، اور جب اسہال بہت زیادہ ہو تو صد درجہ کی جسمانی کمزوری ہو جاتی ہے۔ ایک نہایت ناگہانی اور حاد حملہ قئے کے ساتھ شروع ہو سکتا ہے۔

بیشتر اصابتوں میں علامات چند ہی روز کے عرصہ میں رفع ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اسہال دفعتہً موقوف ہو جائے اور پھر ایک طویل وقفہ کے بعد اجابت ہو، یا اجابتیں بتدریج کم ہوتی جائیں اور اُن کا قوام بتدریج سخت ہوتا جائے۔ جب یہ شکایت مزمن ہو جاتی ہے تو بعض کو روزانہ تین یا چار اجابتیں [illegible] اسہال کی آتی ہیں اور ساتھ ہی کبھی کبھی مروڑ کے درد ہوتے ہیں۔ غذا کے نا[illegible] ہضم [illegible] سبب سے

ممکن ہے تغذیہ میں بہت کمی واقع ہو جائے۔

365 معوی التہاب کے اختلالات اکثر اوقات بڑی آنت تک پھیل جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حقیقتہً ایک معوی قولونی التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ جب ان دونوں میں امتیاز ممکن ہو تو چھوٹی آنت کی نازلت کا شبہ اس وقت زیادہ ہوتا ہے جب کہ معدہ بھی ساتھ ساتھ ماؤف ہو۔ اس کے ساتھ اسہال کی موجودگی کا امکان کمتر ہوتا ہے، کیونکہ اسہال کا انحصار بالآخر بڑی آنت کے فعل پر ہونا چاہیئے۔ تفریغ میں اکثر صفراء اور غیر ہضم شدہ غذا موجود ہوتی ہے۔ اور اگر مخاط موجود ہوتا ہے تو وہ براز کے ساتھ نسبتہً زیادہ مخلوط ہوتا ہے۔ بڑی آنت کی نازلت میں مخاط جُدا جُدا لوندوں کی صورت میں ہوتا ہے۔ مخاطی ریم یا خود ریم بھی پہچانا جا سکتا ہے جوں جوں نازلت معاءِ مستقیم سے قریب تر ہوتی ہے تاسیر کی علامت موجود ہونے کا امکان زیادہ ہوتا جاتا ہے۔

علاج۔ مریض کو بستر میں لٹائے رکھنا اور گرم رکھنا چاہیئے۔ شدید اصابتوں میں قرین مصلحت یہ ہوگا کہ مریض کو ابتدائی چوبیس گھنٹے تک کوئی غذا نہ دی جائے۔ لیکن پانی مریض جتنا پینا چاہے اُسے دینا چاہیئے۔ ازاں بعد معمولی کھانے کے بجائے آشِ آرا روٹ، گائے کے گوشت کا عرق، یا بکری کے گوشت کی یخنی، جس کے ساتھ سینکی ہوئی ڈبل روٹی، دودھ اور سوڈا واٹر، یا دودھ اور چونے کا پانی تھوڑی تھوڑی مقداروں میں ہو دینا چاہیئے۔ انھیں بہت زیادہ گرم نہیں دینا چاہیئے۔ علاج کا آغاز ایک مسہل کے ذریعہ کرنا عمدہ تجویز ہے۔ اس مقصد کے لئے ارنڈی کے تیل کی ایک ہی خوراک کافی ہو سکتی ہے، یا ریوند چینی کے مرکب سفوف (compound rhubarb powder) کی یا کیلومل (calomel) کی ایک خوراک۔ لیکن عام طور پر مریض کے زیر علاج آنے تک اُسے آزادانہ تفریغ خوب ہو چکی ہوتی ہے، اور اب اس امر کی ضرورت ہوتی ہے کہ حرکت دودیہ کی زیادتی اور وافر اخراج کو روکا جائے اور درد میں بھی تخفیف پیدا کی جائے۔ لہٰذا ٹنچر آف اوپیئم (tincture of opium) ۵ قطروں کی مقداروں میں ہر چوتھے گھنٹے دے سکتے ہیں، اور اُسے ایسے حابسات کے ساتھ شریک کر سکتے ہیں جیسے کہ ہیماٹاکسیلم (hæmatoxylum)

کتھا، ٹیانی جن (tannigen) (۵ گرین برشامہ کے اندر)، ایرومیٹک چاک پاؤڈر (aromatic chalk powder)، یا مرقق سلفیورک ایسڈ (dilute sulphuric acid) - بسمتھ کاربونیٹ (bismuth carbonate) اور بسمتھ سیلی سلیٹ (bismuth salicylate) بھی مفید ہیں، اور افیون کے ساتھ دئے جا سکتے ہیں۔ اگر مروڑ نہایت شدید ہو تو مارفیا کا تحت الجلدی اشراب کیا جا سکتا ہے۔ اگر اسہال مواظب اور خستگی پیدا کرنے والا ہے تو ۲ اونس نشاستہ کا حقنہ جس میں لاڈینم (laudanum) کے ۱۵ قطرے موجود ہوں، اکثر کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جا سکتا ہے۔

صبیانی معوی التہاب

شیر خوار بچے کئی اسباب سے اسہال میں مبتلا ہوتے ہیں (۱) دارالعصبی بچہ میں جو کہ تمام ہیجات کے لئے غیر طبعی طور پر خراش پذیر ہوتا ہے، بڑھی ہوئی حرکت دودی بآسانی پیدا ہو جاتی ہے، اور اس سے اسہال واقع ہوتے ہیں، جو اکثر اوقات اس وافر غذا سے جو کہ بچہ کا رونا بند کرنے کی کوشش میں دی جاتی ہے، اور زیادہ شدید ہو جاتے ہیں (۲) ایسے بچوں سے قطع نظر، بیش خورانی سوء الہضم پیدا کرتی ہے جو کہ ریحیت اور قولنج کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ حاد اسہال کے حملہ سے پہلے عدم اشتہا اور بےچینی پائی جاتی ہے۔ یہ بیش خورانی موسم گرما میں جب کہ بچہ کی پیاس بجھانے کے لئے دودھ دیا جاتا ہے خصوصیت کے ساتھ واقع ہو سکتی ہے۔ (۳) مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں، غذا میں شکر یا شحم کی کثرت آنت میں تخمیر اور ایک مفرقع اسہال پیدا کرتی ہے۔ حملہ سے پہلے اکثر اوقات وزن میں غیر طبعی طور پر سریع اضافہ پایا جاتا ہے۔ پستان پروردہ بچوں میں غذا کے اجزائے ترکیبی اتنی اہمیت نہیں رکھ سکتے۔ گو کہ ولادت کے فوراً بعد، ایسا اسہال جس میں ترشئی سبز پاخانہ ہو، عام طور پر ملتا ہے اور اس میں زائد پروٹین دینے سے شفا ہو جاتی ہے۔ (۴) اکثر اوقات اسہال کسی عمومی سرایت کی علامت ہوتا ہے۔ (۵) باسی اور ملوث دودھ امعا میں تخمیر پیدا کرتا ہے، جس سے اسہال ہو سکتا ہے۔ نوعی عضویات سے غذائی خطہ کا سرایت زدہ

ہونا غالباً ایک شاذ سبب ہے، گو کہ چھوٹی چھوٹی وبائیں بلاشبہ وقتاً فوقتاً ہوتی رہتی ہیں۔

(۶) نام نہاد صیفی اسہال (وبائی صبیانی اسہال) کا حدوث کرۂ ہوائی کی تپش کے ساتھ قریبی تعلق رکھتا ہے۔ طویل ارتفاع تپش کے حالات کے تحت اکثر بچوں میں غذا کا تحمل کم ہو جاتا ہے، اور غذائی قنالی معکوسات مبالغہ آمیز ہو جاتے ہیں۔ پیاس کی طلب کو پورا کرنے کے لئے دودھ کی درآمد غلطی سے بڑھا دی جاتی ہے، بجائے اس کے کہ اس کو ایسے وقت میں جب کہ جسم کم غذا چاہتا ہے کم کیا جائے۔ غذا ایسے عضویات سے ملوث ہو جانے کا جو کہ بلند تر تپش پر نشو و نما حاصل کرتے ہیں اور مکھیوں کے ذریعہ اس تک بآسانی پہنچ جاتے ہیں زیادہ رجحان رکھتی ہے۔ تخمیر جو کہ غذا لینے سے پہلے شروع ہو چکی ہوتی ہے، تاوقتیکہ غذا کی مناسب تعقیم کے ذریعہ عضویات کو ہلاک نہ کیا جائے، آنت میں بھی جاری رہتی ہے۔ بے چینی اور اچاٹ نیند شیر خوار بچہ کی قوت مدافعت کو گھٹا دیتے ہیں۔ بالعموم کئی ایک پستان پروردہ بچے متاثر ہوتے ہیں، لیکن مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں اس کا حدوث اور بھی زیادہ ہے، اور مرض بہت زیادہ شدید ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ یہ اس سے آسانی میں سمجھ میں آ سکتا ہے جو کہ اوپر بیان کیا جا چکا ہے۔ مصنوعی غذا لینے والے اکثر بچے پہلے ہی سے سوء ہضم میں مبتلا ہوتے ہیں، ان بچوں میں تحمل پہلے ہی کم ہوتا ہے، اور ابتدائی یا متنزادو سرایتوں سے ان کی قوت مدافعت اور بھی گھٹ جاتی ہے۔

366

علامات خفیف سوء ہضم کے علامات سے لے کر تسمم کی علامات تک اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ آخر الذکر حالت، تدرنی التہاب سحایا (tuberculous meningitis) کے آخری درجوں کی حالت سے ملتی جلتی ہے، الا یہ کہ جب بچہ کو چھیڑا جاتا ہے تو کچھ وقت تک اس کے تعاملات (reactions) تقریباً طبعی معلوم ہوتے ہیں۔ آغاز پر بلند درجہ تپش ہونا عام ہے۔ بعد ازاں، یہ اکثر گرجاتا ہی کیفیت کے ساتھ بسا اوقات گرسنگی ہوا (air-hunger) متلازم ہوتی ہے۔ سیال کے نقصان سے پست یافوخ اور خشک، بے لچک، جھری دار جلد پائی جاتی ہے خاص کر شکم پر۔

شبی ذات الریہ عام ہے۔

تحریز۔ بیش خوراکی سے اور بار بار غذا دینے سے اجتناب کرنا بہت اہمیت رکھتا ہے۔ مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں وزن کا بہت سرعت کے ساتھ بڑھ جانا، کاربوہائیڈریٹ اور شحم کی وافر درآمد کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ لہذا ان سے اجتناب کرنا چاہیئے۔ موسم گرما میں غذا کی کلی درآمد گھٹا دینی چاہیئے، اور پیاس بجھانے کے لئے جوشش دیا ہوا پانی استعمال کرنا چاہیئے۔ دودھ حتی الامکان زیادہ سے زیادہ تازہ ہونا چاہیئے اور استعمال سے قبل اس کو معقیم کر لینا چاہیئے یا بطریق پاسچر گرم کر لینا چاہیئے۔ اگر میٹر دہ میسر ہو تو روز کی رسد شیر اس میں رکھ دینی چاہیئے، اور اسے صرف استعمال سے ذرا پہلے گرم کر لینا چاہیئے۔ اگر دودھ کی صفت کے متعلق شبہ کرنے کی وجہ موجود ہو، تو خشک کردہ دودھ کی تجہیزات میں سے کوئی ایک استعمال کرنی چاہیئے۔ تمام بوتلیں، ظروف اور چوسنیاں کامل طور پر صاف ہونی چاہئیں اور ان کو مکھیوں کی رسائی سے بچانے کے لئے ڈھانک کر رکھنا چاہیئے اور استعمال سے پہلے جھلسا لینا چاہیئے۔ ترویح، کمرہ کی تپش، اور بچہ کے لئے مناسب کپڑوں کی بہمرسانی پر ہر وقت نگرانی کی ضرورت ہے (نیز ملاحظہ ہو طفل کو غذا دینا)۔

علاج۔ اگر اسہال شدید نہ ہو، تو ارنڈی کے تیل کی ایک خوراک دینا فائدہ مند ہے کیونکہ اس سے آنت کے تخمیر پذیر مافیہا خارج ہو جاتے ہیں۔ غذا ۱۲ سے لے کر ۲۴ گھنٹہ تک روک رکھنی چاہیئے، لیکن جوشش دیا ہوا پانی آزادانہ دیا جا سکتا ہے۔ اس مدت کے بعد، اگر متلازم قے موقوف ہو گئی ہو، تو غذا کو بتدریج بڑھایا جا سکتا ہے، لیکن صرف اس وقت جب کہ کئی دن گزر جائیں پوری غذا کی اجازت دینی چاہیئے، اور غذا میں گذشتہ غلطیاں درست کر دینی چاہئیں۔ جب اسہال غیر معائی سرائت کی علامت ہو تو غذا کی مقدار گھٹا دینی چاہیئے، دودھ کو پیتونیدہ کر لینا چاہیئے اور پانی آزادانہ دینا چاہیئے۔ اسہال میں اقاقہ کی توقع صرف اس وقت کرنی چاہیئے جب کہ ساری عمل میں افاقہ ہو۔ داء العصبی بچوں میں کلورل کی چھوٹی چھوٹی خوراکیں جو صبغیہ لفاح (tincture of belladonna) کے ایک دو قطرات کے ساتھ ممزوج ہوں، بہت فائدہ مند ثابت ہو سکتی ہیں۔ بچہ کے

احوال کی تپش حتی الامکان مستمر رکھنی چاہیئے۔ والدین اور ممرضات اور دوسرے بیمار بچوں سے تقاطعی سرایت (cross-infection) کے خطرہ کو اقل کر دینے میں کوئی کسر نہ اٹھا رکھنی چاہیئے۔ خفیف اصابتوں میں ممکن ہے اس کے علاوہ کسی دوسرے علاج کی ضرورت نہ پڑے، لیکن اگر اسہال جاری رہے تو ممکن ہے رنجر (Ringer) کے نیم گرم محلول کے ذریعہ معدہ اور آنت کو ہلکے سے دھونا بہت مفید ہو۔ اگر معدہ کو ہلکے سے دھو یا جائے اور ایک فٹ (foot) سے زیادہ کے دباؤ سے اجتناب کیا جائے تو یہ عمل زیادہ تکلیف دہ نہیں ہوتا، اور کچھ مدت کے بعد یہ دیکھا جائے گا کہ سیال بواب کی راہ سے آزادانہ گزر جاتا ہے۔ اس طرز پر نصف پائنٹ گزر نے دیا جا سکتا ہے۔ اس کے بعد بچہ کو کلورل کی ایک خوراک دینی چاہیئے اور اسے سونے دینا چاہیئے۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ مرقق کردہ غذا پچ جائے۔ زیادہ شدید اصابتوں میں اور تسمم میں، اگر مذکورہ بالا تدابیر ناکام ثابت ہوں تو غالباً بہترین یہ ہے کہ سوڈیم کلورائیڈ کے ۰ء۴ فی صدی محلول میں ۵ فی صدی گلوکوس کے مسلسل دروں وریدی تقاطر کے ذریعہ غذا دینے کا اہتمام کیا جائے۔ بالعموم اس علاج کا آغاز نقل الدم کے ساتھ کرنا اچھا ہے جو کہ اسی قنولیہ کی راہ سے کیا جا سکتا ہے۔ بہاؤ کی شرح ہر چوبیس گھنٹہ میں فی کلو گرام وزن جسم علی الاوسط تقریباً ۱۲۰ سی سی ہونی چاہیئے۔ تہبج کا نمودار ہونا بالعموم دلیل ہے اس امر کی کہ بہاؤ بہت سرعت سے ہوا ہے۔ ماہرانہ نگرانی قطعاً ضروری ہے، اور جب تک ایسے حالات میسر نہ ہوں ہرگز اس علاج کا اقدام نہ کرنا چاہیئے۔ اگر گھر پر علاج کرنے کی ضرورت ہو تو سیال کا نقصان، زیر جلدی یا دروں باریطونی اشرابات کے ذریعہ پورا کرنا چاہیئے۔ ہبوط کی علامات کی چارہ جوئی برانڈی (۱۰ قطرات) سے، جو کہ ترقیق کر کے براہ دہن دی جاتی ہے، یا سٹرکنین (strychnine) (۱/۲۰۰ گرین) کے اشرابات سے کی جاتی ہے۔

غذائی تسمم

(food poisoning)

انگلستان میں حاد غذائی تسمم کا عام ترین سبب عصیات کے گروہ سالمونیلا

(salmonella) کی سرایت ہے، اور ان میں سے عصیہ ابو ٹرائکی (B. aertryche) (چار قسم کا) تین چوتھائی اصابتوں کا باعث ہوتا ہے۔ یہ عصیہ ایک پست شرح موت یعنی تقریباً ایک فی صدی، غالباً اس وجہ سے پیدا کرتا ہے کہ اس کی حملہ آور قوتیں پست ہوتی ہیں۔ تواتر وقوع کے لحاظ سے دوسرے درجے پر گیرٹنر کا عصیہ التہاب الامعاء (B. enteritidis of Gaertner) ہے جو نسبتہً زیادہ تشویشناک تسمم کا باعث ہوتا ہے۔ عصیہ طاعون خنزیری (B. suipestifer) انسان کے لئے پست قسمیت رکھتا ہے اور تسمم کا ایک شاذ سبب ہوتا ہے، اگرچہ وہ سوروں میں عام طور پر پایا جاتا ہے۔ یہ زندہ عصیے گرم موسم میں ایسی غذاؤں جیسے کہ "بنائے ہوئے گوشت ("made up" meat)، پنیر، مچھلی، کیکڑوں، ام الخلول اور دودھ سے بنائی ہوئی غذاؤں، بلکہ آلو اور بطخ کے انڈوں (54) تک میں داخل ہو جاتے ہیں۔ لیکن سالمونیلا کے سموم بھی زہری ہوتے ہیں اور ٹین کے ڈبوں میں بند کی ہوئی غذاؤں میں موجود ہو سکتے ہیں، حتیٰ کہ اس وقت بھی جب کہ خود عصیے تلف کردئے گئے ہوں۔ یہ سموم یا ٹومینس (ptomains) ۱۷ فی صدی اصابتوں کی توجیہ کرتے تھے۔ عصیات محرقہ نما (paratyphoid bacilli) غالباً غذائی تسمم نہیں پیدا کرتے، لیکن عصیات زحیر (dysentery bacilli) ۸ فی صدی اصابتوں کی توجیہ کرتے تھے۔ زحیر (سانی: Sonne) کی ایک وباحال ہی میں ہوئی ہے (55)۔ عصیہ کلمگینہ (B. botulinus) جو التہاب الامعاء کے علامات نہیں پیدا کرتا، جرمنی میں بالخصوص جگر اور خون سے بنے ہوئے کلموں میں پایا گیا ہے، اور ریاست ہائے متحدہ امریکہ میں ٹین میں بند کئے ہوئے پھلوں اور سبزیوں میں۔ اس کے بذرے قدرت میں وسیع طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں، اور یہ عصیہ ناہوا باشی طور پر بالیدگی حاصل کر کے ایک ایسا سم پیدا کر دیتا ہے جو نہایت قوی زہر ہے، مگر جو ۸۰ درجہ سنٹی گریڈ کی تپش سے با آسانی تلف ہو جاتا ہے (53)۔

"گیرٹنر" اور "ایرٹرائکی" کے علامات بالعموم غذا کھانے کے بعد چھ تا بارہ گھنٹوں کے اندر پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ ہوتے ہیں: قئے، اسہال، قولنجی درد، سن پن اور کمزوری، اور ساتھ ہی شاید البیومن بولیت، نازلتی ذات الریہ،

اور جلدی ضررات جیسے نملہ، احمرار، شری اور نخشی نزفات۔ نسبتہً کم حاد اور زیادہ طوالت یافتہ اصابتوں میں محرقہ یا محرقہ نما بخار سے قریبی مشابہت ہو سکتی ہے۔ یہ اصابتیں بعض اوقات مہلک ثابت ہوتی ہیں اور امتحانات بعد الممات سے حاد معدی معائی التہاب ظاہر ہوا ہے، جس کے ساتھ بعض اوقات نزفات پےیر (Peyer) کی ٹکیتیوں کا تورّم، کلانی طحال، اور جگر اور گردوں کا امتلا موجود ہوتا ہے۔ خون، آنتوں، یا ٹھوس اعضا سے عصیّے علیحدہ کئے جا سکتے ہیں۔ اِن عضویوں سے پیدا ہو جانے والے غذائی تسمّم کو ٹائیفائڈی اور پیرا ٹائیفائڈی سرایتوں سے متفرق کرنا چاہئے، جس کا معمولی طریقہ یہ ہے کہ اِن مختلف عضویوں کے لئے مریض کے مصل کی التزاقی قوت کا امتحان کیا جائے۔

عصیہ کلمگینہ سے پیدا ہو جانے والے علامات، جنکو کلمگی (botulism) کہتے ہیں، نظامِ عصبی سے متعلق ہوتے ہیں اور یہ ہیں:۔ قوتِ توفیق کا شلل، دو نظری، استرخاء الجفن، عسر البلع، بےصوتی، اور قلتِ افراز ریق۔ موت نہایت کرب و تکلیف کے ساتھ واقع ہوتی ہے، کیونکہ مریض کو پورا ہوش رہتا ہے مگر وہ نہ دیکھ سکتا ہے، نہ بول سکتا ہے اور نہ نگل سکتا ہے، اور حرکاتِ تنفس بتدریج مشلول ہو جاتے ہیں (56)۔

علاج۔ معدی معوی التہاب کی اصابتوں میں مزید سرایت کو روکنے کے لئے معدے کو دھو ڈالنا چاہئے، اور بہت ہبوط کی اصابتوں کے سوائے دوسری اصابتوں میں آنتوں کو صاف کرنے کے لئے ایک ملیّن دے دینا چاہئے۔ مہیجات، جیسے کہ برانڈی، ایتھر اور امونیا کی اکثر ضرورت ہوتی ہے، اور اگر اسہال ایک نمایاں علامت ہو تو افیون قلیل مقدار میں دینا چاہئے، مثلاً اس کے صبغیہ کے ۵ تا ۱۰ قطرے۔ نہایت ہبوط کی اصابتوں میں تحت الجلد بافت کے اندر طبعی مائع کا اِشراب کرنا چاہئے۔

شکمی مرض

(cœliac disease)

یہ نام گی (Gee) نے بچوں کے ایک غیر معمولی مرض کا رکھا ہے' جو اسپرو (sprue) سے کسی قدر مشابہت رکھتا ہے۔ بچہ کو' جس کی عمر ایک اور پانچ سال کے درمیان ہوتی ہے' شاحب یا تقریباً بے رنگ نیم سیال کثیر المقدار' آشش یا دلیہ جیسے پاخانے ہوتے ہیں' جن میں سے نہایت ناگوار بُو آتی ہے۔ ان پاخانوں میں چربی بہت ہوتی ہے' اور شحمی ترشّے کے ساتھ کیلسیم کا نقصان ہوتا ہے۔ شکم پُر ہوتا ہے لیکن تنا ہوا نہیں ہوتا۔ ریحیت موجود ہوتی ہے مگر قئے نہیں ہوتی۔ سرینوں کی لاغری ایک ممیز خاصہ ہے۔ بچہ کا رنگ شاحب ہو جاتا ہے' اور وہ دُبلا اور بے پروا ہوتا جاتا ہے۔ بے قاعدہ تپ ہو سکتی ہے۔ بچہ کی بالیدگی میں نمایاں تاخیر ہوتی ہے' اگرچہ اُس کے دماغی یا ذہنی خصائص طبعی حالت میں ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت اِس مرض کو بعض اوقات شکمی تصبّی (cœliac infantilism) کہتے ہیں۔

368

یہ حالت گاہے گاہے بالغوں میں بھی ملتی ہے' اور خود رو سیلان الدہن (idiopathic steatorrhœa) کہلاتی ہے۔ بالعموم سرگذشت کا سراغ بچپن تک لگایا جا سکتا ہے۔ دوسرے خصایص یہ ہیں :- قولوں کا اتساع' تکرز لینت العظام' عدم دمویت' اور جلدی اضرار یمصلی' فاسفورس اور کیلشیم گھٹے ہوئے ہوتے ہیں' جس کی وجہ سے تکرز ہوتا ہے' اور پاخانوں میں ان کی برآمد بڑھ جاتی ہے (51)۔

شحموں کا انجذاب گھٹ جانے کی وجہ سے ا اور د حیاتینوں کی قلت کی علامات ہمیشہ موجود ہوتی ہیں' گو کہ کساحتی مظاہر صرف بالیدگی کے زمانہ میں منکشف ہوتے ہیں۔ ایک اور رائے یہ ہے کہ آنتوں کے اندر شحم کا ابراز ہوتا ہے' کیونکہ اگر یہی روغن براہِ دہن دیا جائے تو وہ پاخانے میں نمودار نہیں ہوتا جس سے معلوم ہوتا ہے کہ انجذاب تسلی بخش ہے (سنیپر: Snapper)۔ دیگر قلتی علامات غذا دہی کی مشکلات سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ شدید عدم دمویت عام ہے۔ ابتدائی درجوں میں یہ بالعموم

خردخلوی ہوتی ہے، اور بعد میں یہ احمر نہوضی ہوسکتی ہے۔

علاج - شحموں سے اجتناب کرنا چاہیے، اور حیاتینیں مرتکز شکل میں بہم پہنچانی چاہئیں۔ بہت سے مریض ایسی غذا پر جو کہ تازہ کیلوں پر مشتمل ہو نشوونما پاتے ہیں۔ مالٹڈ رسکس (malted rusks) مربے، جوزہ، یخنی، پانی میں ابالے ہوئے چاول آلو اور سور سے تیار کیا ہوا ریولینٹا (revalenta) بالعموم اچھی طرح برداشت ہو جاتے ہیں۔ اس امر کا لحاظ کرتے ہوئے کہ بہت محدود تعداد میں اشیا دی جا سکتی ہیں، تبدیلی حتی الامکان زیادہ سے زیادہ مرتبہ کرنی چاہیے تاکہ بعض اشیا کے متعلق نفرت کا ایک قوی جذبہ نہ پیدا ہو جائے جس سے ان مریضوں کو غذا دینے کی دقتیں بہت بڑھ جاتی ہیں۔ جب عدم دمویت کلاں خلوی ہو تو خلاصۂ جگر (liver extract) اور مارمائٹ ضروری ہوتے ہیں، اور ان تمام اصابتوں میں جن میں عدم دمویت موجود ہو لوہا دینا چاہیے۔ مناسب علاج کرنے پر انذار نہایت اچھا ہوتا ہے۔

فلغمونی التہاب الامعاء

(phlegmonous enteritis)

اس قسم کے التہاب میں آنت کے تمام طبقات، معہ مصلی طبقہ یا باریطون کے ماؤف ہو جاتے ہیں۔ عموماً شدید سرخی اور عروقیت پیدا ہو جاتی ہے، مخاطی اور تحت المخاطی طبقات اس سے زیادہ دبیز، زیادہ نرم، اور زیادہ بھربھرے ہو جاتے ہیں کہ جتنے طبعی حالت میں ہوتے ہیں، اور باریطون عروقی، چپچپا، یا لمف سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ فلغمونی التہاب الامعاء مقامی التہاب کے طور پر پیدا ہوتا ہے، یا متصلہ حصوں سے پھیلنے کا نتیجہ ہوتا ہے، یا انغماد الامعاء یا فتق مخنوق سے پیدا ہو جاتا ہے۔

علامات ' اکثر اس التہاب باریطون کا نتیجہ ہیں جو اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے اور وہ یہ ہوتے ہیں:- درد، قے، مقامی الیمیت، ہبوط، تمدد شکم اور حموی نا متذکرہ بالا خالص سرایتی اصابتوں میں معوی تسدد کے علامات ظاہر ہوئے۔

علاج میں اولی سبب کا تدارک ملحوظ رکھنا چاہیے، اور اگر یہ موجود نہ ہو تو تقریباً وہی ہوگا جو کہ التہاب باریطون کا ہے۔

التہاب القولون

(COLITIS)

قولون کا التہاب بھی وہی اقسام پیش کرتا ہے جو دوسری مخاطی اغشیہ میں دیکھے جاتے ہیں، چنانچہ وہ نازلتی ہو سکتا ہے یا تقرحی۔ نازلتی التہاب القولون اکثر عمومی معوی قولونی التہاب کا ایک جزو ہوتا ہے، مماثل اسباب سے پیدا ہوتا ہے، اور نہایت مماثل علامات رکھتا ہے، یعنے درد، تمدد، ایلمیت، اور بار بار اجابتیں ہونا جن میں مخاط، بلکہ کبھی کبھی خون تک موجود ہوتا ہے۔ اگر ضرر معاء مستقیم کے قریب ہے تو تاسیر بھی ہو سکتی ہے۔ نازلتی التہاب القولون حاد یا مزمن شکل میں موجود ہو سکتا ہے، اور اس کا علاج التہاب الامعاء کے علاج سے فی الحقیقت مختلف نہیں۔ ٹائیفائڈ اور تدرنی ہر دو قسم کے قرحات اعور اور قولون صاعد میں پائے جاتے ہیں، جو کہ لفائفی میں مماثل ضررات کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ آتشکی قرحات معاء مستقیم میں پائے جاتے ہیں۔ قولونی تقرح عصیوی اور امیبائی زحیر، قفیہ دارہ قولونی (balantidium coli) کی سرایت، اور معائی شستوسوئیت (شستوسومہ میلسونائی schitosomi mansoni اور شستوسومہ جاپان schistosoma japonicum:) کا بھی نتیجہ ہو سکتا ہے۔ وہ جو کہ دار الجانین اور جیلخانجات کا تقرحی التہاب قولون کہلاتا ہے اور بسا اوقات وبائی شکل میں پایا جاتا ہے، حقیقت میں زحیر ہے جو کہ عضویات کے فلیکسنر وائی (Flexner Y) گروہ سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ حالتیں اس مزمن تقرحی التہاب قولون سے متمیز ہیں جو کہ نیچے بیان کیا گیا ہے۔

369

مخاطی غشائی التہاب القولون

(muco-membranous colitis)

(مخاطی قولنج =mucous colic)

(مخاطی التہاب القولون =mucous colitis)

مخاطی غشائی التہاب القولون کی امتیازی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں غشا کے

بڑے بڑے ٹکڑے یا سانچے براہِ مستقیم خارج ہوتے ہیں۔ وہ اکثر اوسط عمر کی عصبانی عورتوں میں ہوا کرتا ہے، لیکن بچوں میں بھی اس کا وقوع نہایت شاذ نہیں۔ اس مرض میں عموماً عادی قبض ہوتا ہے اور ساتھ ہی شکمی بے آرامی، اور مزمن سوء ہضم کے دوسرے علامات۔ مرض کے حملے کے ساتھ مروڑ کی نوعیت کے شدید درد ہوتے ہیں، جن کا نتیجہ غشاؤں کا اخراج ہوتا ہے۔

اس مرض میں قولون کے ناگہانی تشنجی انقباضات ہو کر مخاط حد سے زائد پیدا ہوتی ہے۔ اس کی ترویب خمیرِ میوسینیس (mucinase) سے ہو جاتی ہے کیونکہ انقباضات کی وجہ سے وہ کچھ عرصہ تک غشائی مخاطی تماس میں محبوس رہتی ہے اور پھر جا کر خارج ہوتی ہے۔ یہ سانچے طول میں کئی انچ بلکہ کئی فیٹ ہو سکتے ہیں، اور بالکل پتلے اور نیم شفاف ہوتے ہیں اور چھلکوں کی طرح نظر آتے ہیں، اور ان میں سرطمی خلیے، ایوسین پسند سپید خلیے کالیسٹیرن (cholesterin) اور امونیم میگنیشیم فاسفیٹ (ammonium magnesium phosphate) مدفون ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ معوی ریگ بھی خارج ہو۔ عموماً کسی قدر نازلی التہاب القولون موجود ہوا کرتا ہے۔ قولون کے درونہ کی تنگی کا مشاہدہ اسطرح کیا جا سکتا ہے کہ غیر شفاف غذا سے قولون کو پُر کر لینے کے بعد لاشعاعی نگارشوں کا ایک سلسلہ حاصل کیا جائے۔ حوضی قولون کا سرطان چونکہ اس مرض کو پیدا کر سکتا ہے، لہٰذا اِسکی موجودگی کی صورت میں سگمائیڈ بین کا استعمال کرنا چاہیئے۔ لاک ہارٹ ممری (Lockhart Mummery) کی رائے ہے کہ یہ مرض بہت سی حالتوں مثلاً گرد قولونی التہاب (pericolitis) تشنج (kinking)، استرخاءِ احشا (visceroptosis) اور جسم کی غیر وضعیت، وغیرہ کا ثانوی نتیجہ ہو سکتا ہے۔

اِن میں سے بعض اصابتوں میں سگمائیڈ بین کے ذریعہ غشاءِ مخاطی کا اشراب اُذیما، اور تقیح دیکھا گیا ہے۔

علاج۔ اگر ممکن ہو تو اولی سبب کا علاج کرنا چاہیئے۔ غذا کا محتاط انتخاب تاکہ ایسی غذا پہنچائی جائے کہ جو ہر قسم کی میکانی خراش پیدا کرنے والے ذرات، مثلاً وغیرہ سے معرّا ہو، آہستہ کھانا اور اچھی طرح چبانا، آنا ۱½ پائنٹ نیم گرم پانی ۱۰ اونس روغنِ زیتون سے آنت کی آبیاری، یہ سب علاج کے مفید وسائل ہیں۔ شدید الفعل مسہلات سے احتراز کرنا چاہیئے کیونکہ وہ قولون کی خراش پیدا کر کے حالت

جواب تر بنا دینگے ۔ روغن بیدانجیر سب سے زیادہ موزوں ہوتا ہے ۔ لیکوڈ پیرافین بھی استعمال کی جا سکتی ہے ۔ لفاح درد کے لئے مفید ہوتا ہے ۔ ایک شکم بند کے ذریعہ شکم کو گرم بھی رکھنا چاہیئے ۔ بعض اوقات ایسی غذا مفید ثابت ہوتی ہے ، جس میں پھل اور سبزیاں ہوں ، جو زیادہ تر بے پکائی ہوئی ہوں ، اور جن کے ساتھ موٹی پھلیاں اور چھلکے بھی شامل ہوں ، یعنے یہ غذا متذکرۂ بالا غذا کی بالکل ضد ہوتی ہے اور اس وجہ سے مفید ہوتی ہے کہ یہ اس قبض کو رفع کر دیتی ہے جس میں مریض مبتلا ہوتا ہے ۔ ذہنی علامات کی طرف توجہ کرنی چاہیئے ، اور مریضہ کے خیالات کو اس کے مرض کی طرف سے ہٹانا چاہیئے ۔ یہ مرض جان کے لئے خطرے کا باعث نہیں ہوتا مگر برسوں تک قائم رہتا ہے ۔ کبھی کبھی تفویہ زائدہ کی گئی ہے ، اور اسطرح بنائے ہوئے فتحہ کی راہ سے تغسیل کی گئی ہے ۔

تقرحی التہاب قولون

(ulcerative colitis)

(خطرناک التہاب قولون ، خطرناک تقرحی التہاب قولون)

مزمن تقرحی التہاب قولون ، ایک غیر معلوم مبداء رکھنے والا مرض ہے جس کا امتیازی خاصہ برازی مادہ کا بار بار خارج ہونا ہے جس کے ساتھ ریم ، مخاط اور خون ملا ہوا ہو ۔ تپ ممکن ہے موجود ہو یا نہ ہو ، اور مرض کی حاد اور مزمن اشکال پائی جا سکتی ہیں ۔ خود بخود فترہ ہو جانا شاذ نہیں ہے ۔

بحث اسباب ۔ تقرحی التہاب قولون یورپ ، امریکہ اور دیگر جگہ وسیع طور پر پھیلا ہوا ہے اور دونوں صنفوں کو متاثر کرتا ہے ، لیکن بالغ زندگی میں سب سے زیادہ عام ہے ۔ ممکن ہے اس سے قبل خرابی صحت کی کوئی حالت موجود نہ ہو ، لیکن بعض اصابتیں مزمن عفونی فسادات مثلاً سرایت زدہ دانتوں ، لوزتین اور اجواف کے بعد نمودار ہوتی ہیں ، اور بعض لوگوں کے خیال میں اس سے اس نظریہ کی تائید ہوتی ہے کہ ایک نوعی نبقہ سبحیہ [برگن (Bargen) کا دوسبحی نبقہ (diplo-streptococcus)] تسبیبی عضویہ ہے ۔ دوسرے لوگ فلکسنر وائی (Flexner Y) کو ذمہ دار تسبیبی عامل سمجھتے ہیں ، لیکن اس امر کی شہادت کہ ان دونوں نوعی عضویات میں سے کوئی ایک ذمہ دار ہے ، نہایت تسلی نابخش

ہے ۔ یہ بھی رائے دی گئی ہے کہ غذائی قلتوں یا کسی دیگر سبب کے بعد جو کہ قولونی مدافعت کو مقامی طور پر گھٹا دیتا ہے، طبعی جراثیمی نباتیات (flora)، بالخصوص نبقہ سبحیہ، مرضیاتی خصائص اختیار کر لیتے ہیں۔

370

امراضیات ۔ حاد خاطف اصابتیں عصبوی زحیر سے مشابہت رکھتی ہیں غشاء مخاطی کا عام شدید التہاب اور اس کے ساتھ ارتشاح، غشا کا تنخر اور وسیع طور پر پھیلا ہوا تقرح پایا جاتا ہے۔ معمولی مزمن اصابت میں معاء مستقیم کی غشاء مخاطی مشتی مو ہیج اور دخنی تقرح ظاہر کرتی ہے اور آلہ کے استعمال سے یا پچارنے پر اس سے ادما، ہونے لگتا ہے۔ بعد ازاں، جب حالت ترقی کر جاتی ہے، تو قولون بتدریج ماؤف ہو جاتا ہے اور اس کی سطح ذراتی دامی ملتہب ہو جاتی ہے، آنت کی دیواریں دبیز او متلیف ہو جاتی ہیں اور اس کا درونہ تنگ ہو جاتا ہے۔ تاخیر پذیر اصابتوں میں امتحان لاش پر دبیز منقبض آنت، بڑے بڑے روئیں دار قرحات اور ان کے درمیان التہاب زدہ یا حدانہ دار غشاء مخاطی کی دھجیاں، نہایت ہی ممیز ہیں بعض مقامات پر یہ قرحات مندمل ہو رہے ہوتے ہیں اور ان کے سر حلمہ کی باز تکوین ہو رہی ہوتی ہے۔ مکمل اندمال سے بسا اوقات متعدد سعدانیت (polyposis) پیدا ہو جاتی ہے۔

علامات ۔ حاد خاطف قسم کی اصابت میں آغاز دفعتہً ہوتا ہے اور اس کے ساتھ اسہال اور قولنجی شکلی درد ہوتا ہے۔ اجابتیں تاریک بھوری اور بدبودار ہوتی ہیں، اور ان میں بہت سی مخاط، خون اور ریم ہوتا ہے۔ زبان فردار ہوتی ہے، سانس بدبودار ہوتی ہے، اور تپ، شاید شدید تعریق کے ہمراہ نمویاب ہو جاتی ہے۔ شکم اور قولون پر الیمیت اور کسیقدر استواری پائی جاتی ہے۔ وزن کی نمایاں کمی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے علامات میں کوئی فترہ ہوئے بغیر مریض

مزمن تقرحی التہاب قولون، ممکن ہے حاد قسم کے بعد پیدا ہو، لیکن زیادہ تر کے ساتھ اس کا آغاز بے تپ اسہال کے ساتھ ہوتا ہے کہ جس میں بدبودار پاخانے آتے ہیں جن میں مخاط، خون اور ریم ہوتا ہے۔ سیتمی بے آرامی یا آسیر نمویاب ہو سکتی ہے۔ اور عدم دمویت، اور کمیٔ وزن نمودار ہو سکتی ہے۔ کم ناف ترشگی عام ہے۔

۵ فیصدی اصابتوں میں یہ حالت ذراتی التہاب مستقیم کے طور پر شروع ہوتی ہے

صحیفہ ۲۹

الف۔ تقرحی التہاب قولون۔ سطح کی چھوٹی چھوٹی بے قاعدگیاں ملاحظہ ہوں۔ (مصنف ہذا کے ایک مریض سے)

ب۔ بڑی آنت بیریم سے بھری ہوئی ہے اور قولون نازل میں عطفات ظاہر کرتی ہے۔ (یہ شعاع نگاشت مسٹر ڈبلیو لنڈ سے لاک نے لی ہے)

جو بتدریج حوضی صاعد اور مستعرض قولون میں پھیل جاتا ہے ۔ آخر میں اعور ماؤف ہو جاتا ہے ۔ شاذ طور پر بڑی آنت کے فلقی رقبہ جات، معاء مستقیم ماؤف ہوئے بغیر متاثر ہو جاتے ہیں ۔ پیچیدگیاں، نزف، انثقاب، تضییق، آنت کی سعدانیت، سرطان اور التہاب مفاصل پر مشتمل ہوتی ہیں ۔ ان اصابتوں میں کہ جن میں سعدانے پائے جاتے ہیں، ۲۰ فیصدی میں بعد میں جا کر خباثت نمویاب ہو جاتی ہے ۔

تشخیص ۔ سرگذشت اور پاخانوں کے منظر سے مرض کی نوعیت کا شبہ پیدا ہونا چاہیئے لیکن ہر اصابت میں سگمائڈ بینی (sigmoidoscopy) اور لاشعاعی امتحان سے تشخیص کی توثیق کرنے کی ضرورت ہے ۔ ممکن ہے مستقیمی امتحان سے بے تنش عاصرہ ظاہر ہو اور ممکن ہے سعدانے حس کئے جائیں، اور دستانہ پوش انگلی خون سے لتھڑ جاتی ہے ۔ سگمائیڈ بینی سے ایک یکساں طور پر التہاب زدہ ذرّاتی سطح دریافت ہوتی ہے، جس سے پچارنے یا آلہ کے استعمال سے بآسانی ادماء ہونے لگتا ہے، نیز دخنی یا بڑی جسامت کے قرحات دکھائی دے سکتے ہیں ۔ مستقیم اور قولون کا دروں تنگ ہو گیا ہوتا ہے، اور اس کی دیواریں بے لچک اور استوار ہوتی ہیں چنانچہ اس کو ہوا سے متمدد کرنے پر درد ہوتا ہے ۔ سگمائیڈ بینی کے لئے عمومی عدم حسیت کی کبھی ضرورت نہیں پڑتی، اور مریض کا امتحان رکبی صدری یا ظہری وضعات میں کیا جا سکتا ہے ۔ ایک خوب نمویافتہ اصابت میں لاشعاعیہ سے انبوبی قصر یافتہ آنت ظاہر ہوتی ہے جس میں تاچگی بالکل زائل ہو گئی ہوتی ہے، اور اگر وسیع تقرح موجود ہو تو قولون پر نما اور کرم خوردہ منظر ظاہر کرتا ہے (صفحہ ۲۹ الف) ۔

انذار ۔ خاطف اصابتیں ممکن ہے اپنے پورے مرض میں حموی رہیں ۔ اور آغاز سے ۲ - ۹ مہینے میں مر جائیں ۔ مزمن اصابتوں میں ممکن ہے بخار کبھی نہ ہو، اور ان میں کئی مہینوں بلکہ سالوں کی مدت کا فترہ ہو سکتا ہے ۔ ان حالات میں تمام علامات غائب ہو جاتی ہیں، بلکہ ممکن ہے سگمائیڈ بینی اور لاشعاع پر آنت طبعی منظر ظاہر کرے ۔ بعد ازاں نکسات عام طور پر واقع ہوتے ہیں ۔ مرض بہت سالوں تک پھیل جاتا ہے اور بعض اصابتوں میں عام صحت پر بہت کم اثر پڑتا ہے ۔

علاج ۔ جب بخار موجود ہو تو بستر پر لٹا کر آرام کرانا ضروری ہے ۔ ایک مغذی، نرم، بلند حراری، بلند حیاتینی غذا کی ضرورت ہے، اور شروع میں اگرچہ اس کا ثفل کم ہو

تاہم حتی الامکان بہت جلد اس میں پھل اور خوب گلی ہوئی چھنی ہوئی (pureed) سبزیاں شامل کی جاسکتی ہیں۔ ایک ایسی غذا جس میں زیادہ تر سیب شامل ہوں بعض اوقات کامیاب ہوتی ہے۔ عفونی مراکز کا استیصال قرین مصلحت ہے۔ بعض لوگ خود زا دبتی سبجی جدرین، برگن (Bargen) کے ضد تقرحی التہابی قولونی مصل اور ضد زہری مصل (آخرالذکر روزانہ ۱۰، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰ اور ۱۰۰ مکعب سمر کی مقداروں میں دروں عضلی یا دروں ریدی طور پر دیا جاتا ہے) کی سفارش کرتے ہیں لیکن استہداف سے اموات ہوچکی ہیں۔ مالح، سوڈیم بائی کاربونیٹ، پروٹارگال (protargol) اور البرجن (alhargin) ($\frac{1}{5000}$)، خالص پوٹاسیم پرمینگنیٹ (potassium permanganate) (ایک گرین ایک ٹنٹ میں)، ٹینک ایسڈ (tannic acid) (ایک سے لیکر ۲ گرین ایک اونس میں) اور یوسال (eusol) کے ذریعہ قولونی تغسیل مفید ثابت ہوسکتی ہے۔ ہر دوسرے روز نیم گرم عقیم مالح کے ساتھ، اثنا عشری کی آبیاری جو اتنی مقدار میں ہو کہ آنت دھل کر صاف ہوجائے، بعض اوقات کامیاب ہوتی ہے۔ روغن زیتون میں بسمتھ سب گیلیٹ (bismuth subgallate) کی ۵ فیصدی تعلیق روزانہ دیجاسکتی ہے۔ اگر مریض عدیم الدم ہے تو علاج بالحدید اور نقل الدم قرین مصلحت ہے، اور مرقوق ترشہ نمک (قرابادین برطانوی) (½ - ۱ ڈرام) کھانیکے بعد دن میں تین مرتبہ دیا جاسکتا ہے۔ عملیئ علاج، نبتی سبجی التہاب باریطون کے اندیشہ کی وجہ سے خطرناک ہے، اور اس کو ایسی دشوار علاج اصابتوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہیئے جہاں طبی علاج بالکل کارآمد نہو۔ تفویہ زائدہ، تفویہ قولون اور تفویہ لفائفی اپنے اپنے مؤیّد رکھتے ہیں۔ وہ عفونت کش محلولات کے ذریعہ تغسیل کا موقعہ دیتے ہیں اور آخرالذکر علیہ آنت کو مکمل طور پر آرام دیتا ہے۔

التہاب زائدہ
(appendicitis)

بحث اسباب۔ یہ مرض ادھیڑ عمر یا بڑھاپے کے نسبت اوائل زندگی میں، اور اناث کی نسبت ذکور میں بہت زیادہ کثیرالوقوع ہے۔ اس شکایت کا گذشتہ چند سالوں میں زیادہ بڑھ جانا گو عام طور پر تسلیم کرلیا گیا ہے تاہم اس کی توجیہ بالکل

371

نہیں ہوئی۔

امراضیات ۔ التہاب زائدہ عموماً عمومی عصیہ قولونی کی سرایت ہو جانے کے باعث ہوتا ہے، جو کہ آنت کا قدرتی باشندہ ہے بعض اوقات نبقات سبحیہ، نبقات سنبہ، عصیہ ریم نیلگوں اور دوسرے ریم ساز عضویے، عصیہ درنی، عصیہ محرقی اور شعاع فطر اس سے متعلق ہوتے ہیں۔ سرایت کی تحریک کہفہ زائدہ میں ایک جسم غریب کی موجودگی سے پیدا ہو سکتی ہے، جو اُس کے درونہ کو مسدود کر دیتا ہے۔ یہ ایک شاہ دانہ کی گٹھلی، نارنگی کا بیج، کوئی دوسرا تخم، کرد ابال، یا ایسی ہی کوئی چیز ہو سکتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں ایک زردیا رمادی رنگ کا انجماد یا پتھری پائی جاتی ہے، جو جسامت میں مٹر کے برابر ہوتی اور برازی مادے سے بنتی ہے، جس کے ساتھ مخاطی کلسی طحات اور کثیر التعداد جراثیم مخلوط ہوتے ہیں۔ اس کے متعلق اب یہ خیال ہے کہ یہ زائدہ کی نازلت کے بعد بنجاتی ہے۔

مرضی تشریح ۔ زائدہ کے طبقات کی دردریزش اور دبازت پیدا ہو کر اُس کا کہفہ نازلتی حاصلات یا پیپ سے متمدد ہو جاتا ہے، اور بالآخر تقرح اور گنگرین ہو جاتی ہے۔ بیشتر اصابتوں میں یہ فساد باریطونی غلاف تک پھیل جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ التہاب باریطون محدود المقام اور انضمامی ہوتا ہے، اور زائدہ متصل آنت سے چپک کر اُس میں عرقی خلط میں ایک کم و بیش مزاحم نودہ بنا دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ زائدہ کے گرد ایک خراج الزائدہ بنجائے اور انضمامات اسے عام کہفۂ باریطون سے علیحدہ کر دیں، اور زائدہ عموماً مثقوب یا گنگرینی پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات انضمامی التہاب باریطون واقع ہونے سے پہلے ہی زائدہ میں انثقاب یا اغثاث واقع ہو جاتا ہے اور پھر ایک نہایت مہلک قسم کا عام التہاب باریطون بہ سرعت پیدا ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی التہاب باریطون، جو ابتداءً مقامی ہوتا ہے، بتدریج پھیل کر شکم کے مختلف حصوں میں باریطونی خُراجات بنجاتے ہیں، مثلاً خراج گردو کلوئی زیر ڈایا فرامی خراج، یا خراج الحوض۔ استثنائی اصابتوں میں سرایت رسائل عضویے وریدالباب کی راہ سے جگر میں پہنچ کر تقیحی التہاب وریدالباب اور خراج الکبد پیدا ہو جاتے ہیں۔

لیکن اگر اغثاث یا تقیح نہیں واقع ہوا تو اس کے یہ معنے ہرگز نہیں کہ التہاب بظاہر رفع ہو جانے سے مرض کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔ اس حالت کا نکس واقع ہو سکتا ہے،

اور اس حملے کے چھ مہینے بعد سے لیکر دو یا تین سال بعد تک حاد التہاب پھر بھڑک اٹھتا ہے اور یہ یا تو مندرجہ بالا کیفیتوں میں سے کسی ایک میں مختتم ہو جاتا ہے، یا التہاب میں پھر افاقہ ہوتا ہے، لیکن شاید وہ ایک اور وقفہ کے بعد پھر فعال ہو جاتا ہے۔ ان وقفوں میں جیسا بعض اصابتوں میں عملیہ کرنے پر ظاہر ہوا ہے، زائدہ کی دیواروں کی دبازت اور دریشت ہو جاتی ہے، ساتھ ہی اس کے وسط میں اکثر ایک تنگی اور بعدی سرے پر اتساع ہوتا ہے، شاید اس کے کہفہ میں انجمادات موجود ہوتے ہیں، اور خارج بار یطونی انضمامات۔ یا ممکن ہے کہفہ طموس ہو کر زائدہ لیفی ہو گیا ہو۔

علامات۔ حاد حملہ۔ حملہ کی ابتداء اکثر کسیقدر ناگہانی ہوتی ہے۔ مریض کو یوں ہی، یا کچھ عرصہ کے سوء ہضم کے بعد جس کے ساتھ کچھ قبض یا اسہال کبھی ہوتا ہے کبھی نہیں ہوتا، شدید درد شکم کا حملہ ہو جاتا ہے، جو پہلے سارے شکم پر پھیلا ہوا ہوتا ہے لیکن جلد ہی دائیں حرقفی حفرہ میں زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی کسلمندی متلی، قئے، اور کسیقدر حموی تعال ہوتا ہے۔ زبان غردار ہوتی ہے، اشتہا جاتی رہتی ہے، تشنگی موجود ہوتی ہے، اور آنتوں میں قبض ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ شکم کسیقدر متمدد ہو، لیکن وہ دائیں حرقفی حفرہ میں عموماً استوار اور الیم ہوتا ہے۔ اگر زائدہ حوض کے اندر واقع ہے تو ممکن ہے کہ یہ استواری غیر موجود ہو۔ الیمیت اکثر متعین طور پر اس نقطے پر واقع ہوتی ہے جو دائیں اگلے بالائی شوکی زائدے سے تقریباً ۲ انچ فاصلہ پر اس خط پر ہوتا ہے جو اس زائدہ سے ناف تک کھینچا جائے (نقطۂ مکبرنی = Mc Burney's point) ممکن ہے کہ یہ علامات چند روز تک جاری رہیں اور قئے، درد اور تمدد علاج کے اثر سے کم پڑ جائیں اور یہ شکایت دور ہو جائے۔ یہ ہمیشہ نہیں ہوتا کہ درد ابتداءً سارے شکم پر پھیلا ہوا یا زائدہ کے خطے میں محدود المقام ہو۔ ممکن ہے کہ وہ شراسیفی ہو یا بائیں جانب پر ہو۔ وہ بارہا سُرّی ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بائیں جانب پر شروع ہو کر دائیں جانب کو جائے۔ حرقفی خصری عضلہ میں درد ہو سکتا ہے، جس کا اظہار مریض کو بائیں کروٹ پر لٹا کر اور دائیں کولہے کو بیش بسط کر کے کیا جا سکتا ہے۔ یا اسوقت جبکہ زائدہ حوض حقیقی میں ہو عضلہ سادّ اندرونی میں درد ہو سکتا ہے، اور اس کا اظہار گھٹنے کو خمیدہ رکھکر دائیں ران کو باہر کی طرف گھمانے سے کیا جا سکتا ہے (اہارت عضلۂ سادّہ) کبھی کبھی تقنیب

372

میں بھی درد ہوتا ہے ۔

جب پھوڑا بنانے والا انقباب واقع ہو جاتا ہے، اور زائدہ حوض حقیقی کی گگر کے اوپر واقع ہوتا ہے، تو یہ استواری اور مزاحمت نسبتہً زیادہ متعین طور پر محدود المقام ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ ایک متعین رسولی بنا دیں جس کی حدبندی بیرونی جانب پر اور نیچے عظم حرقفی کے عرف اور رباط پوپارٹ کے ذریعہ ہوتی ہے اور جو رباط پوپارٹ سے ناف تک کے فاصلہ کے نصف یا دو ثلث حصوں تک پھیلتی ہوئی ایک محدب کنارہ بناتی ہے ۔ قرع کرنے پر وہ اکثر بالکل ٹھوس یا اصم پائی جاتی ہے، اور بعض اوقات اس میں ایک ترمیم شدہ طبلی آواز ہوتی ہے، اور بقیہ شکم ملائم اور گمک دار ہوتا ہے ۔ تپش بلند ہو کر ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ فارن ہائٹ تک، اور نبض ۱۰۰ یا ۱۲۰ تک پہنچ سکتی ہے ۔ درد بیقاعدگی کے ساتھ یا دورے کے طور پر ہوسکتا ہے، اور اکثر نیچے داہنی ٹانگ تک جا پہنچتا ہے ۔ موافق اصابتوں میں، اگر علیہ میں تاخیر ہو جائے تو ممکن ہے کہ یہ رسولی بتدریج کم متعین اور چھوٹی ہو ہو کر بیٹھ جائے، چنانچہ وہ ظاہر ہونے کے بعد سے دس تا بیس یوم میں غائب ہو جاتی ہے، اور تپ اور دوسرے ناموافق امارات بھی کم ہو جاتے ہیں ۔ اس کے برعکس اسوقت جبکہ زائدہ حقیقی حوض کے اندر ہو، ممکن ہے کہ انقباب کا نتیجہ یہ ہو کہ درد موقوف ہو جائے، اور شکم کی استواری تو ہوتی ہی نہیں ۔ ایسی حالت میں باوجود اس کے کہ حوضی التہاب باریطون موجود ہوتا ہے، تشخیص نہیں ہونے پاتی ۔ علاوہ امارت عضلہ سادہ کے، جس کا تذکرہ اوپر کیا گیا ہے، عمیق الوقوع پھوڑا براہ معاء مستقیم یا براہ مہبل محسوس کیا جا سکتا ہے، یا وہ (ا) مثانہ کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے تواتر تبول، یا (ب) عضلہ مستقیمہ کے قریب واقع ہونے کے باعث اسہال اور تاسے پیدا کر سکتا ہے ۔

زائدہ کا اِغتثات جلد واقع ہو جانے کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ مقامی دلالتیں بالکل غائب ہوں، یا اسقدر خفیف ہوں کہ مریض انھیں بمشکل محسوس کرے، یا اسقدر قلیل المدت ہوں کہ مرضی حالت ابتدا ہی سے، یا جلد ہی، عام التہاب باریطون کی نوعیت رکھتی ہے (ملاحظہ ہو التہاب باریطون) ۔

حساسیت درد یعنی دُکھن کا احساس، یا محض بیش حسیت یعنے بڑھی ہوئی لمسی حسیت، تشخیص کے لئے کارآمد ہو سکتی ہے ۔ اگر ایک البین کو مستمر زاویہ پر رکھکر بدیر

کھینچا جائے، یا اگر جلد کو انگلی اور انگوٹھے کے درمیان آہستہ سے چٹکی میں لیا جائے تو یہ ظاہر ہو جاتے ہیں۔ حاد التہابِ زائدہ میں یہ امارات تقریباً ۶۰ فیصدی اصابتوں میں پائے جاتے ہیں، اور تقریباً ہمیشہ دائیں حرقفی حفرے میں ہوتے ہیں اگرچہ ممکن ہے کہ پیچھے اور بائیں جانب بھی ایسے مزید رقبے ہوں (58)۔ حساسیتِ درد ایک بعید السبب درد ہے اور یہ امر کہ کسی تندرست حشا کی دیواروں کو تاننے سے وہ مصنوعی طور پر پیدا کیا جا سکتا ہے اور اس تناؤ کے موقوف ہو جانے کے بعد تقریباً ایک گھنٹہ تک جاری رہ سکتا ہے، ظاہر کرتا ہے کہ التہاب کے ساتھ اس کا تعلق ہونا ضروری نہیں، بلکہ وہ زائدہ کی یا شائد لفائفی اور اعور کے ایک قطعہ کی دیواروں کے ثانوی اتساع اور تناؤ کا نتیجہ ہے۔

التہابِ زائدہ کے نکسات کی صورت میں، جن کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے، علامات بالکل ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ اوّلی حملوں میں لیکن عام التہاب باریطون کا اندیشہ غالباً کم ہوتا ہے، کیونکہ ضرر کے گرد انضمامات بن چکے ہوتے ہیں۔

تحت الحاد التہابِ زائدہ میں زائدے کے خطے میں گہرا دباؤ ڈالنے سے خفیف سا درد پیدا ہو سکتا، اور دبازت محسوس ہو سکتی ہے۔ اکثر اوقات اس سے تکلیف دہ علامات پیدا ہو جاتے ہیں، جو غلط فہمی پیدا کر سکتے ہیں، کیونکہ اُن سے زائدہ سے دور کے کسی مرض کا ایما ہوتا ہے۔ مثلاً مریض کو درد کے حملے شراسیفی یا سرّی خطے میں ہوتے ہیں، بعض اوقات بائیں جانب تک میں ہوتے ہیں، یا اگر زائدہ حوض کے اندر ہے تو معاءِ مستقیم میں ہوتے ہیں۔ آخری مثال میں ممکن ہے کہ پیشاب بار بار آئے، اور دوسری مثالوں میں قئے ہو سکتی ہے۔ یہ درد چند گھنٹوں سے لیکر ایک یا دو دن تک جاری رہتا ہے۔ اصابتوں کا ایک اہم گروہ وہ ہے جس میں علامات ایسے ہوتے ہیں کہ اُن پر معدی قرحہ کے اور نسبتاً کم بار اثنا عشری کے قرحہ کے علامات کا دھوکا ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں زائدہ کے مقام پر دباؤ ڈالا جائے تو شراسیف میں درد کا احساس ہوتا ہے۔ یہ درد ورزش یا ریاضت کرنے سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ حملے وقفوں کے ساتھ چند سال تک ہوتے رہتے ہیں، اور شدید حملوں کے بعد جو وقفے ہوتے ہیں ان میں بھی مریض بہت سی مثالوں میں ان سے کلی طور پر معرّا نہیں ہوتا۔ معدی اور اثنا عشری مرض کے اس اشتباہ کو زائدی سوءِ ہضم (appendix dyspepsia) کہتے ہیں، اور ان علامات کو ایسے سوء ہضم

کی طرف منسوب کیا جا سکتا ہے جو زائدی خطے سے معکوس طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔
تشخیص۔ کسی لڑکے یا لڑکی میں حاد عام التہاب باریطون جو بظاہر خود بخود پیدا ہو جائے تقریباً ہمیشہ التہاب زائدہ کا نتیجہ ہوتا ہے۔ نسبتہً زیادہ عمر والے مریضوں میں بہت سے ضررات التہاب زائدہ کے ساتھ خلط ملط کئے جا سکتے ہیں بشمول حاد کے تقریباً تمام اسباب پر مختلف اوقات میں اُسی کا غلط گمان ہوا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 320)۔
گذشتہ سرگذشت پر، اتم درد اور الیمیت کے محل وقوع پر، اور اُن مقامی حالات پر جو بیرونی امتحان اور براہ معاء مستقیم امتحان سے دریافت ہوں، اچھی طرح غور کرنا چاہئے۔
نسبتہً بعد کے درجہ میں، جبکہ رسولی بنگئی ہو اسے برازی اجتماعات، اعور کی خبیث بالید، حرکت پذیر گردے، عورتوں کے حوضی احشاء کے التہاب اور خصری پھوڑے سے متمیز کرنا پڑتا ہے۔
زائدی سوء ہضم کی تشخیص کا انحصار بعض مقامی امارات پر ہوتا ہے جو زائدی خطے میں ظاہر ہوتی ہیں۔ نیز براز میں مخفی خون کی عدم موجودگی پر (اگرچہ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ مزمن التہاب زائدہ اور ہضمی قرحہ کا ایک ساتھ واقع ہونا غیر عام نہیں)، اور ہضمی قرحہ یا التہاب مرارہ کی دوسری منفی شہادت پر۔ امارت باسٹیڈو (Bastedo's sign) ایک قیمتی توثیقی علامت ہے۔ یہ یہ ہے کہ جب ایک مستقیمی اُنبوبہ کے ذریعہ آہستہ آہستہ ہوا اندر پمپ کر کے قولون کو پھیلا دیا جائے تو دائیں حرقفی حفرے میں درد اور الیمیت پیدا ہو جاتی ہے۔ تندرست شخص میں اس سے صرف کسیقدر بے آرامی تو پیدا ہو جاتی ہے، لیکن درد صرف بہت زیادہ تمدد سے ہوتا ہے اور پھر یہ کہ درد دونوں طرف یکساں ہوتا ہے۔
جب التہاب زائدہ موجود ہوتا ہے تو اسطرح پھلانے سے دائیں حرقفی خطے میں درد پیدا ہو جاتا ہے اور زائدی خطہ اب دبانے پر الیم پایا جاتا ہے، یا اگر وہ پہلے ہی سے الیم ہے تو الیمیت کا یہ احساس اور زیادہ شدید ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ بھی ہوتا ہے کہ پھلانے کے بعد اس مقام کو دبانے سے شراسیف کا وہی درد نمودار ہو جاتا ہے جو کہ مریض کو از خود پیدا ہوتا رہا ہے (Hurst)۔ مریضوں کی بہت بڑی تعداد میں بیریم سلفیٹ اور چھاچھ کی غذا (Spriggs) یا بیریم سلفیٹ اور پانی کی غذا (Redding) دینے کے چھ تا اٹھارہ گھنٹے بعد لاشعاعوں سے زائدہ دیکھا جا سکتا ہے۔ خود زائدہ دوریہ کی رویت سے

زیادہ اہم یہ امور ہیں: مقامی الیمیت، اعور اور اختتامی لفائفی کی بیہ طبعی تثبیت اور لفائفی قولونی عاصرہ کی راہ سے غذا گذرنے میں تاخیر یعنی معدی لفائفی معکوسہ کی کمی، جس کا امتحان اس طرح کیا جاتا ہے کہ بیریم ملا ہوا کھانا دینے کے چار گھنٹے بعد ایک کھانا دیا جائے اور اس کے ایک گھنٹہ بعد اعور کا معائنہ کیا جائے -(36, 35)

انذار۔ شفاخانہ لندن کے تازہ اعداد و شمار کی رو سے التہاب زائدہ کی ان تمام اصابتوں میں جن میں حملہ شروع ہونے کے بعد پہلے چوبیس گھنٹوں کے اندر عملیہ کیا گیا تعداد اموات ۲، ۱ فیصدی تھی۔ یہ دوسرے دن بڑھ کر ۹، ۳ فیصدی ہوگئی اور تیسرے دن ۷، ۸ فیصدی ہوگئی۔ عملیہ جسقدر جلد کیا جائے انذار اسیقدر بہتر ہوتا ہے۔

علاج۔ ان واقعات نے کہ التہاب زائدہ بہت کم علامات ہوتے ہوئے بھی تکسر یں اور تقیح کے درجوں تک ترقی کر سکتا ہے، اور بلا عملیہ کئے خطرہ کی وسعت کا صحیح اندازہ کرنا بہت مشکل ہے، یہ عقیدہ راسخ کر دیا ہے کہ جب کبھی التہاب زائدہ کی یقینی یا نہایت اغلب تشخیص قائم ہو جائے تو زائدے کے استیصال کا تہیہ کرنا چاہیئے اور اسے حتی الامکان جلد ترین موقع پر انجام دینا چاہیئے۔ اگر تشخیص کے متعلق شبہ ہو یا علامات نسبتہً کم ضروری التوجہ ہوں تو اور انتظار کرنا جائز ہے۔ ایسی صورت میں مریض کو بستر پر لٹا کر رکھنا چاہیئے، اور اُسے صرف دودھ، بنجرس فوڈ (Benger's food) یا ایسی ہی چیزیں کھانے کے لئے دینی چاہئیں۔ گرم سالئہ بورک (hot boric lint) یا تکمیدات استعمال کرنی چاہئیں، اور تمام قسم کے مفتحات سے احتراز لازم ہے، باستثنائے اس کے کہ اگر حال ہی میں پاخانہ نہوا ہو تو ایک سادہ حقنہ دیدیں۔ یہ سوال کہ آیا ہر اُس اصابت میں جو طبی معالجہ سے شفایاب ہو چکی ہے۔ توالی مرض کو روکنے کے لئے چند ماہ بعد عملیہ کر دینا چاہیئے یا نہیں، ہنوز تصفیہ طلب ہے۔ لیکن اگر دوسرا حملہ ہو جائے تو عملیہ کرنے کے اس موقع سے یقیناً فائدہ اٹھانا چاہیئے۔ اس موقع پر یہ احتیاط عمل میں لانی چاہیئے کہ کسی متلازم مرض کے لئے شکم کے دوسرے حصوں، اور بالخصوص مرارہ کا امتحان کر لیا جائے۔

374

عطفیت

(DIVERTICULOSIS)

بڑی آنت کے متعدد عطفے، جو غشائے مخاطی کے چھوٹے فتحوں کے سلسلہ کی راہ سے زوائدِ ثربی (appendices epiploicæ) کے اندر اُبھر آتے ہیں۔ اِس آنت کے کسی بھی حصّے میں مل سکتے ہیں، لیکن حوضی قولون تقریباً تین چوتھائی اصابتوں میں ماؤف ہوتا ہے۔ پیش عطفی درجہ، آنت کا ایک مقامی عارضہ ہے اور خراش کا نتیجہ ہوتا ہے۔ خفیف سا دردِ شکم اور مقامی الیمیت ہوتی ہے۔ غیر شفاف غذا (۲۰ اگرین بیریم سالفیٹ ہو ...۵ سی سی، ہارلیک کے مالٹیڈ ملک یا چھاچھ میں معلق ہو) یا غیر شفاف حقنہ (59) کے بعد لاشعاعوں سے تشخیص کی جاتی ہے۔ اسوقت جبکہ قولون ماؤف ہو اس حصہ کے خاکہ کا منظر ناہموار ہوتا ہے (شکل ۹۴، ب) اور طبعی تاچکوں (haustra) کے درمیان کا انقطاع محسوس ہوجاتا ہے (ل)۔ اِس کے بعد دوسرا مرحلہ عطفوں کا بننا ہوتا ہے، اور غالباً اِس کا سبب مَعِدہ ترکیبی تمدد ہے (ج)۔ جب عطفے میں برازی اجتماع ہوتا ہے تو وہ ایک حصاۃ البراز (stercolith) بنا دیتا ہے، بیریم اُسے صرف جزءً پُر کرتا ہے، لہٰذا وہاں ایک پیالہ نما چھائیں ہوتی ہے، جو تاچک کے منقبض ہونے پر حرکت کرتی ہے (د)۔ اور ممکن ہے کہ وہ گردن کے قوی انقباض سے قولون کے کہفہ سے بالکل بے تعلق ہوجائے (ہ) (نیز ملاحظہ ہو صفحہ ۲۹، ب صفحہ 370)۔

التہابِ عطفہ

(diverticulitis)

عطفیت بلاکسی علامت کے سالہا سال جاری رہ سکتی ہے، لیکن التہابِ عطفہ کسیوقت بھی نمودار ہوسکتا ہے۔ اِس کی اوّلین لاشعاعی اَمارت عطفہ کی گردن پر ظاہر ہوتی ہے، کیونکہ اِسی نقطہ پر دُرریزش واقع ہوتی ہے۔ تاچک مزید اکتہاف ظاہر

کرتی ہے، اور ساتھ ہی زاویہ متداخلہ کند ہو جاتا ہے (س) سب سے زیادہ مو
یہ واقعہ ہے کہ آنتوں کی طبعی حرکت کا، جو سلسلہ وار فلموں سے ظاہر ہوتی ہے،
بالکل امتناع ہو جاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں یہ عطفے انتہائی دبازت کی وجہ سے
بے تعلق ہو جاتے ہیں (ع)۔ یا اُن کی گردنیں اسقدر چوڑی ہو جاتی ہیں کہ جیبیں
کی شکل کی ہو جاتی ہیں (س، ط) اور ف کے مقام پر ایک انتہائی انطماسی درجہ دکھلایا
گیا ہے جو کیفی میش تکوین کی وجہ سے واقع ہو گیا ہے۔ دوسرے تغیرات جو عطفوں کو
ماؤف کر سکتے ہیں یہ ہیں:- (ا) تقیح۔ (ب) انثقاب اور التہاب باریطون
(ج) قرب و جوار کے اعضاء کے ساتھ ناسوری ارتباط۔ (د) عطفے کا مروڑا جانا
جس سے اُس کی تخنیق واقع ہو جائے۔ (س) سرطان کا ثانوی طور پر نمو یاب ہو جانا۔
التہاب عطفہ کے علامات خفیف قسم کے التہاب کے ہوتے ہیں جو
بڑی آنت میں، اور عموماً بائیں طرف شکم کے زیریں حصے میں ہوتا، اور متصلہ ساختوں
میں پھیل جاتا ہے۔ اکثر شکم میں بے آرامی اور اس سے کمتر بار درد ہوتا ہے
جو بالعموم غذا کے ساتھ غیر متعلق ہوتا ہے اور ناف کے قریب یا اُس کے نیچے لیکن
بالخصوص بائیں حرقفی حفرے میں واقع ہوتا ہے، اور بار ہا وقفے دار ہوتا ہے۔ ممکن ہے
وہ کھنچاؤ کے احساس اور درد پشت کی شکل اختیار کر لے۔ عام زحمیت اور تمدد کا
احساس عموماً بیان کئے جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ علامات صرف یہی ہوں۔ فی الحقیقت
یہ بھی ممکن ہے کہ التہابِ عطفہ کی ایک ترقی یافتہ حالت موجود ہو اور اُس کے باوجود
کسی قسم کی شکایت نہ ہو۔ قبض، اجابتوں کی بیقاعدگی، اسہال، یا ناتمام تغوط کا
احساس اکثر موجود ہوتا ہے۔ مثانہ کی ماؤفیت کی مثالوں میں ممکن ہے کہ تبول بار بار
ہو، اور بعض اوقات وہ پاخانہ ہو جانے کے بعد، درد کے ساتھ ہو۔ یا پہلے تبول
ہو اور بعد میں درد ہو۔ باستثناء بہت موٹے اشخاص کے، بائیں حرقفی حفرے میں
ایک گلمہ شکل رسولی محسوس کی جا سکتی ہے، جو بعض اوقات الیم ہوتی ہے لیکن
نہیں۔ ممکن ہے کہ اِس میں حاد التہاب پیدا ہو، اور اُس سے مریض کو تپ لاحق
ہو جائے۔ بعض اوقات التہاب عطفہ قولون کے دوسرے حصوں میں ہو جاتا ہے۔
نزف براہ معاء مستقیم عموماً نہیں ہوتا۔ بالعموم التہابی ضرر غشائے مخاطی کے

873

ا ب ج

د م س

ص ط ع ف

شکل ۴۹- ا۔ نیچے طبعی تاچکیں ہیں اور اوپر پیش عطفی حالت کی چھوٹی چھوٹی جیلتیاں۔
ب- پیش عطفی حالت کے رقبے آنت کے محیط کو متاثر کرتے ہیں اور ظاہراً حلقی تنگی پیدا کرتے ہیں۔
ج- آنت کا وہی ٹکڑا (جو کہ ب میں ہے) علاج کے بعد۔ تنگی بالکل نہیں ہے۔
د- بے قاعدگیاں، جو کہ پیش عطفی حالت کا ما بقی ہے۔ نیز چھوٹی چھوٹی جیبوں کی تکوین۔
م- بڑا احصاۃ البراز بردار عطفہ۔ نقطہ دار خط، دوران انخار میں اسکی وضع کو ظاہر کرتا ہے۔
س- مسلسل خاکہ (جو کہ ایک سیکنڈ بعد ایک سلسلہ وار فلم پر حاصل کیا گیا) ایک تاچک کا انقباض ظاہر کرتا ہے۔
ہ- یہ بھی سلسلہ وار فلموں پر لی گئی ہے اور تاچک کا اعظم انقباض ظاہر کرتی ہے۔

س- عطفہ کی گردن پر زاویہ متداخلہ کا کند ہو جانا۔ ص- معوی دیوار کی بہایت و بازت۔ عطفی گردنیں کھل گئی ہیں۔ ط- اس امر کی شہادت کہ التہابی تغیرات مقابل کی دیوار تک پھیل گئے ہیں۔ ع- عطفات کا آنت کے درونہ سے بے تعلق ہو جانا۔ ف- یہی اصابت ۴ سال کے بعد ترقی یافتہ انطماسی درجہ ظاہر کرتی ہے۔ باستثناء د اور م کے باقی شکلوں میں نقطہ دار خط، باریطونی سطح ظاہر کرتا ہے۔

واقع ہوتا ہے۔
پیچیدگیوں کے باعث بھی علامات پیدا ہو سکتے ہیں۔ جب تقیح واقع ہو جاتا ہے تو بائیں حرقفی حفرے میں، ردف شکم کے بائیں جانب پر، التہاب زائدہ جیسا حاد التہابی اختلال ہو سکتا ہے۔ التہاب عطفہ معوی تمدد پیدا کر سکتا ہے۔ ناسوروں کے بننے یا انثقاب ہونے کے باعث علامات پیدا ہو سکتے ہیں۔

انذار۔ عطفیت اور التہاب عطفہ دونوں کے ابتدائی مرحلوں میں انذار اچھا ہوتا ہے، بشرطیکہ مناسب علاج اختیار کیا جائے۔

علاج۔ عفونی مراکز کو خارج کر دینا چاہئے۔ غذا سادہ ہونی چاہئے اور اس میں پھل اور سبزیاں بکثرت موجود ہوں۔ کھانا باقاعدگی اور پابندی اوقات کے ساتھ کھانا چاہئے۔ پاخانہ صاف ہونے کے لئے پیرافین استعمال کی جاتی ہے، اور پاخانہ کے لئے پابندی اوقات کی عادت ڈالنی چاہئے۔ ہر تیسرے دن طبعی مالح سے قولون کی تغسیل کرنی چاہئے۔ روغن زیتون (olive oil) کے حقنے بھی مفید ہوتے ہیں۔ بہترین یہی ہے کہ مسہلات سے احتراز کیا جائے، اور ڈلک کرانے کی ہدایت ہرگز نہ دینی چاہئے۔ مختلف پیچیدگیوں کا علاج جراحی سے کرنا چاہئے۔

376

آنت کا تدرن، نوبالیدیں اور آتشک

(TUBERCLE, NEW GROWTHS AND SYPHILIS OF INTESTINE)

درنہ۔ آنت کا تدرن سلِ ریوی میں ہونے کے علاوہ، علیحدہ بھی ہو سکتا ہے، بالخصوص بچوں میں، جن میں سرایت اکثر دودھ سے منتقل ہو جاتی ہے۔ دونوں صورتوں میں ضررات بالخصوص لفائفی کی تپے پیر کی چکتیوں میں، اور لفائفی اور قولون کی منفرد جرابوں میں واقع ہوتے ہیں۔ تدرنی عمل بھی ویسا ہی ہوتا ہے جیسا کہ دوسرے مقامات میں۔ یعنے خلوی تکاثر، تجبن، تنخر، اور تقرح۔ اور لفائفی کے قرحے بہت وسیع ہو سکتے ہیں، اور وہ گول یا بیضوی ہوتے ہیں، اور بسا اوقات آنت کے گرد عرضاً جاتے ہیں نہ کہ اس کے طول میں۔ انکی سطح ہموار، اور کوریں دبیز ہوتی ہیں، اس سطح سے متناظر مصلی

سطح عموماً چند چھوٹے چھوٹے سپید دانے پیش کرتی ہے۔ مثلاً زم علامات تپ اور اسہال ہیں۔ پاخانے عموماً کثیر المقدار، پولٹس جیسے اور چربی دار ہوتے ہیں اور ان کا رنگ زرد ہوتا ہے۔ بعض اوقات وہ زیادہ مائع اور پھر بھی زرد ہوتے ہیں، اور اگر شکم متمدد ہو تو ممکن ہے کہ ٹائفائڈ بخار سے قریبی مشابہت پیدا ہو جائے۔ نزف اور انثقاب شاذ ہوتے ہیں۔ علاج بیان کیا جا چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 175)۔ ناسور مبرزی (fistula in-ano) بلا شبہ بعض اوقات درنی الاصل ہوتا ہے۔

نوبالیدیں ۔ آنت کی رسولیاں بالخصوص یہ ہوتی ہیں:۔ غدی سلعہ اور سرطان، اور شاذ لمفی لحمی سلعہ۔ سرطان سب سے زیادہ کثیر الوقوع اور اہم ہے۔

اثنا عشری کے سرطان کو شیرن (Sherron) نے ماؤف شدہ حصہ کے لحاظ سے حسب ذیل تقسیم کیا ہے:۔ وہ جو صفراوی حلیمہ سے اوپر واقع ہو، اسے فوق الانتفاخی (supra-ampullary) کہتے ہیں۔ وہ جو خود حلیمہ میں واقع ہو، انتفاخی (ampullary) ہے۔ اور وہ جو نیچے واقع ہو، اسے تحت الانتفاخی (infra ampullary) کہتے ہیں۔ بہر حالت میں یہ ایک شاذ مرض ہے لیکن انتفاخی قسم اہم ہوتی ہے، کیونکہ اس صورت میں رسولی مشترک صفراوی قنات کو مسدود کر دیتی ہے، اور اگرچہ درد نہیں پیدا کرتی تاہم گہرا یرقان اور لاسوی پیدا کر دیتی ہے۔ تحت الانتفاخی سرطان تیسرے حصے میں زیادہ عام ہے۔ ان اصابتوں میں قئے میں ہمیشہ صفرا اور بانقراسی رس موجود ہوتا ہے۔ آخر الذکر کی موجودگی اس طرح ظاہر ہو سکتی ہے کہ اگر مقطر قئے میں چند گرین سوڈیئم بائی کاربونیٹ ملا دیں تو اس میں فائبرین ہضم ہو جائے گی۔ صائم اور لفائفی میں شاذ ہی رسولیاں پائی جاتی ہیں۔ غیر خبیث رسولیاں اکثر ڈنڈی دار ہوتی ہیں اور ان سے انغماد الامعا پیدا ہو سکتا ہے۔ بلانڈ سٹن (Bland Sutton) بتلاتا ہے کہ لفائفی اعوری انصال کے مقام کی بعض رسولیاں جنہیں سرطانی سمجھا گیا در اصل بیش تکوینی درنی تودے تھیں، جو آنت کی مسدودی پیدا کر دینے کی وہی قابلیت رکھتے ہیں جیسی ایک سرطان۔ دونوں صورتوں میں ضروری علاج استیصال ہی ہے۔

سرطان چھوٹی آنت کی نسبت بڑی آنت میں بہت زیادہ عام ہے، اور

خاصکر اعور، حوضی قولون اور معاء مستقیم کو ماؤف کرتا ہے، اور اس سے کمتر قولون کے دوسرے حصوں کو۔ سریری لحاظ سے قولونی سرطان دو طرح کا ہوتا ہے، جس کا انحصار اس پر ہوتا ہے کہ آیا وہ ایک حلقہ نما بالیدہ ہے جو ابتدائی درجہ ہی میں تسدد پیدا کر دیتی ہے یا ایک منتفطر بالید جو تسدد دیر سے پیدا کرتی ہے۔ ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ مریض کھانا کھانے کے بعد شکم میں بے آرامی اور قولنجی درد محسوس کرے اور ساتھ ہی قراقر بھی ہو۔ اجابتوں میں بیقاعدگی ہوتی ہے، لیکن اعوری بالیدوں کا کسیقدر ممیز خاصہ اسہال ہوتا ہے، اور حوضی اور قولونی بالیدوں کا ممیز خاصہ قبض۔ آخر الذکر میں ممکن ہے کہ اسہال کاذب (spurious diarrhœa) ہو یعنے بالید کی خراش کی وجہ سے بار بار چھوٹے چھوٹے سیال دست، کا نکھنے یا تاییر کے ساتھ آتے ہیں۔ براز میں خون موجود ہوتا ہے، جس کا بڑی مقدار میں ہونا ضروری نہیں۔ ہیماٹین (hæmatin) کی موجودگی اور ہیماٹو پارفرین (hæmato-porphyrin) کی غیر موجودگی سے ظاہر ہوتا ہے کہ قولون کے زیرین حصے میں ادما ہوا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 330)۔ غشائی یا آؤن دار قسم میں مخاط عموماً پائی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ تھوڑی پیپ بھی ہو۔ شکلی جس سے ممکن ہے کہ ایک سخت مدور یا گرہکی ڈلا ظاہر ہو، اور ممکن ہے کہ انگلی سے ہم نو بالید کے ایک تودے کو پہچان سکیں جو مبرز سے قریب ہی معاء مستقیم کے راستہ کو روک رہا ہو۔ تاہم ہر مشتبہ اصابت میں سگمائیڈبین استعمال کرنی چاہئے، کیونکہ اس سے حوضی قولون کی بالید شناخت کیجا سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 370)۔ تشخیص کے لئے لاشعاعیں بھی استعمال کی جا سکتی ہیں۔ بیریم سلفیٹ کو گوند کے ذریعہ پانی میں معلق کر کے اس کا غیر شفاف حقنہ معاء مستقیم کے اندر داخل کیا جاتا ہے۔ اگر حقنہ کے قیف کو مبرز سے دو فیٹ اوپر رکھا جائے تو یہ آمیزہ چکر کھا کر اعور تک پہنچ جاتا اور قولون کو بالکل پر کر دیتا ہے، بشرطیکہ مریض گہری سانس لے اور کبھی کبھی اپنی وضع کو بدلتا رہے۔ امتحان سے پہلے یہ ضروری ہے کہ قولون خالی ہو، اس کے لئے چھتیس گھنٹے پہلے روغن بید انجیر دیا جا سکتا ہے، اور امتحان کی صبح کو اور ما سبق شام کو پانی کے حقنہ کے ذریعہ مزید صفائی کی جا سکتی ہے۔ درونہ کی تنگی یا خاکہ کی بے قاعدگی سرطان کا شبہ پیدا کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۰ الف اور ب)۔ غیر شفاف غذا جسکا قولون کی راہ سے نیچے کو تعاقب کیا جائے، تشخیص میں نسبتہً بہت کم مفید ہوتی ہے۔

377

تختہ ۳۰

مستعرض قولون کا (الف) اور حوضی قولون کا (ب) سرطان جس میں نقص پری نظر آتا ہے۔ (یہ شعاع نگاشت مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہے)

آخری درجوں میں ممکن ہے کہ مریض حاد معوی تسدد یا مزمن معوی تسدد کی علامات پیش کرے، یا ایک شکم کے ڈلے کی شکایت کرے، جو دوسرے ضررات کے ساتھ خلط ملط کیا جاسکتا ہے۔ اگر وہ اعور کو ماؤف کر رہا ہے، تو ممکن ہے کہ وہ مزمن التہاب زائدہ یا کلائی غدد سے مشابہ ہو۔ اور اگر قولون کے اندر ہو تو کلائی گردہ، التہاب عطفہ کلانی مرارہ سے، یا اگر اور طی کے اوپر واقع ہو تو ایک انورسما سے۔

علاج جراحی ہوتا ہے، اور انذار ابتدائی درجوں میں اچھا ہوتا ہے۔ ناقابل عملیہ اصابتوں میں عمیق لاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) آزمایا جاسکتا ہے۔

قولون اور معاء مستقیم کی سعدانہ نما بالیدین یعنی غدی حلیمی سلعات شستوسومیت میں واقع ہوتے ہیں۔

معاء مستقیم کے التہابی تضییقات۔ آتشک قنال غذائی کو بلعوم اور معاء مستقیم کے درمیان شاذ ہی ماؤف کرتی ہے، لیکن بعض اوقات وہ آخرالذکر مقام پر تضییق پیدا کر دیتی ہے۔ تحت المخاطی بافت میں صمغیے بن جاتے اور ثانوی التہابی تغیرات کے باعث ندبی انقباض پیدا کر دیتے ہیں۔ نیز سوزاک سے، اور نسبتہً شاذ اصابتوں میں تدرن سے بھی تضییق پیدا ہو سکتا ہے (48)۔ یہ دونوں صنفوں میں مساوی طور پر ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان کا کوئی علم نہ ہو حتیٰ کہ تضییق کے علامات مشاہدے میں آئیں اور انگلی سے امتحان کرنے پر تنگی شناخت میں آجائے۔

معوی تسدد

(INTESTINAL OBSTRUCTION)

آنت کئی طریقوں سے مسدود ہو سکتی ہے جو یہ ہیں:- (۱) اجسام غریبہ۔ (۲) انغماد الامعا۔ (۳) معوی دیوار میں تغیرات ہونا، جیسے کہ تضییقات مندمل شدہ قروح سے، یا خبیث بالیدوں سے۔ (۴) فتلۃ الامعاء۔ (۵) تخنیق ہونا بندوں کے ذریعہ یا روزنوں کی راہ سے۔ (۶) قطریہ کا گھٹ جانا آنت پر جرح کی وجہ سے، یا مختلف طرح کے بیرونی ضغطہ کے باعث۔

اجسامِ غریبہ ۔ آنتوں کو مسدود کرنے والے اجسامِ غریبہ میں سے بعض یہ ہوتے ہیں :۔ پھلوں کی گٹھلیاں، کنکریاں، سکّے، گولیاں، البیننیں، سوئیاں، خطافات اور مصنوعی دانت ۔ نباتی ریشوں، اُون، یا جئے کی بھوسی کا باہم تو ملا بنجانے سے بھی بعض بڑے تودے بنجاتے ہیں ۔ اس قسم کے اجسامِ غریبہ بالخصوص مجنونوں میں پائے جاتے ہیں کبھی کبھی ایک بڑا سنگ صفرا مہلک تسدد کا سبب ہوجاتا ہے یا وہ کم وبیش وقت کے بعد مبرز کی راہ سے خارج ہوجاتا ہے ۔ براز کے سُدّے بھی مجتمع ہوسکتے ہیں اسیطرح جسطرح کہ قبض کے بیان میں تذکرہ کیا گیا ہے، اور یہ معاء مستقیم یا قولون میں ایک خطرناک کاوٹ پیدا کردیتے ہیں ۔

اِنغاد الامعا (intussusception)۔ یہ مخصوص صفات پیش کرتا ہے، چنانچہ اس پر علٰحدہ غور کرنا مناسب ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 380)۔

تضیقات (strictures)۔ یہ چھوٹی اور بڑی دونوں آنتوں میں واقع ہوتے ہیں ۔ یہ یا تو قروح کے ندبوں کے انقباض سے، یا نو بالیدوں سے پیدا ہوجاتے ہیں، اور گاہے ماہے معوی دیواروں میں درنی دریزش کی وجہ سے بھی ۔ کبھی کبھی ایسی سادہ رسولیاں بھی، جیسے کہ غدّی رسولی یا لیفی رسولی، معوی تسدد پیدا کردیتی ہیں ۔

فتلة الامعاء (volvulus)۔ اس اصطلاح سے یہ مُراد ہے کہ آنت خود اپنے اوپر اسطرح مڑوڑی جائے کہ جس سے وہ "مخنوق" ہوجائے، بالفاظِ دیگر مڑوڑ کی وجہ سے جو دباؤ پڑتا ہے وہ آنت کے چنبر سے وریدی خون کی واپسی کو روکنے کے لئے تو کافی ہوتا ہے مگر اُس کی شریانی رسد کو روکنے کے لئے کافی نہیں ہوتا لہٰذا امتلا، نزف اور گنگرین پیدا ہوجاتی ہے ۔

تخنیق، بندوں کی وجہ سے اور روزنوں کی راہ ۔ اماہتوں کے اس گروہ کو اندرونی مخنوق فتق (internal strangulated hernia) کہہ سکتے ہیں ۔ 378
آنت کا ایک چنبر (عموماً لفائفی) ایک روزن، جیسے کہ سوراخ ونسلو (foramen of Winslow) میں سے پھسل کر نکل آتا ہے، اور جب سوراخ کا حاشیہ اُس کی گردن کو پکڑ لیتا ہے تو مخنوق ہوجاتا ہے ۔ لیکن بسا اوقات یہ حلقۂ خانق اس انضمامی بند سے بنتا ہے جو شکم کے ایک حصہ سے دوسرے حصہ تک پھیلتا ہے، اور جسکے نیچے سے

آنت کا چنبر گذر جاتا ہے۔ تسدد کی اس قسم کا ایک کثیر الوقوع سبب وہ پیدائشی غیر طبعی حالت ہے، جسے عطفۂ میکل (Meckel's diverticulum) کہتے ہیں۔ یہ لفائفی کی ناپسپیدہ جانب سے نکلا ہوا ایک انگشت نما زائدہ ہے، جس کا طول ۲ تا ۴ انچ اور قطر ½ تا ¾ انچ ہوتا ہے۔ یہ سری ماساریقی قناۃ (omphalo-mesenteric duct) کا (جس کے ذریعہ سے ابتدائی غذائی کنال تاجیہ زردی کے ساتھ ارتباط حاصل کرتی ہے) باقی ماندہ حصہ ہے۔ یہ لفائفی سے اس نقطہ پر نکلتا ہے جو اعور سے ۱۸ تا ۳۶ انچ فاصلہ پر ہوتا ہے، اور اس کی اندھی انتہا عموماً آزاد ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ وہ ایک لیفی بند کے ذریعہ ناف کے مقام پر شکم کی اگلی دیوار کے ساتھ، یا ماساریقا کے ساتھ، یا کسی دوسرے نقطہ پر باریطونی سطح کے ساتھ چسپاں ہو جائے۔ ایسی صورت میں ایک حلقہ بن جاتا ہے، جس کے اندر سے آنت کے ایک چنبر کا گذر کر مخنوق ہو جانا ممکن ہے۔

انضغاط اور جزر۔ اس گروہ میں ذیل کی حالتیں شامل ہیں:- حادثتی جو ایک منفرد بند کے جزر کے باعث ہو۔ انضمامات جو آنت کو دبا کر بچکا دیں۔ اور آنت کے متعدد لچھوں کا باہم چپک جانا۔

امراضیات۔ حاد تسدد معوی کی مہلک اصابت میں مقام تسدد سے اوپر کی آنت بہت متمدد، اور اس سے نیچے کی آنت ہبوط اور خالی پائی جاتی ہے۔ یہ تمدد، تنگی کے عین اوپر شروع ہوتا ہے اور آنت کو تسدد کی شدت یا مدت کے لحاظ سے کم و بیش فاصلہ تک ماؤف کر دیتا ہے۔ مثلاً سگما نُڈ کے تسدد میں سارا قولون اور چھوٹی آنت کا بہت سا حصہ ماؤف ہو جاتا ہے۔ لفائفی کے تسدد میں چھوٹی آنت متمدد اور قولون بچکا ہوا ہوتا ہے۔ متمدد اوپر والے حصے میں برازی مادے کی کچھ مقدار ہوتی ہے، جس کا رنگ ہلکا بھورا یا زردی مائل بھورا، اور قوام یکساں طور پر گاڑھا سیال ہوتا ہے۔ تسدد خواہ چھوٹی آنت میں ہو یا بڑی آنت میں یہی صورت حالات پائی جاتی ہے۔ مزمن اصابتوں میں ممکن ہے کہ متمدد آنت بوجہ اُن مساعی کے جو وہ تسدد کو دفع کرنے کے لئے کرتی رہتی ہے، بتدریج بیش پرورده ہو جائے۔ بالآخر ممکن ہے کہ اوپر کے متمدد حصے میں آنت کی طاقت جواب دیدے، اور نام نہاد برازی قرحے (stercoral ulcers) بن جائیں، اور ان میں سے

بعض انتقاب پیدا کردیں۔ حاد تخنیق میں دوران خون میں راست مداخلت ہونے کے باعث، تنگی کے مقام پر اغتشاث واقع ہوسکتا ہے۔

مسلسل معوی تسدد ایک مہلک مرض ہے، اور مقام تسدد جسقدر زیادہ بلند واقع ہو وقوع موت اسیقدر سریع تر ہوتا ہے۔ حیاتی کیمیائی تغیرات جو ایک حساسیتی حملہ کے تغیرات سے کسی قدر مشابہ ہوتے ہیں، موجود ہوتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 138)، یعنے خون میں غیر پروٹینی نائٹروجن اور بائی کاربونیٹ کی زیادتی اور اس کے ساتھ قلوی دمویت اور تقلیل کلورائڈ (جو غائب ہوکر بافتوں کے اندر چلاجاتا ہے)(61)۔ اور ناگہانی پروٹینی تفرق یا پروٹینی صدمہ کی وہی توجیہ اس پر بھی صادق ہوسکتی ہے۔ یہ رائے بھی پیش کی گئی ہے کہ عصیہ ویلچی (B. Welchii) کا بغیر معمولی نمو اور ساتھ ہی چھوٹی آنت سے سم کا انجذاب واقع ہوتا ہے۔ یہ پروٹینی تفرق کو شروع کرسکتا ہے۔ ضد سم کے اشراب کے اچھے نتائج مندرج ہوئے ہیں (62)۔ دوسری رائے یہ ہے کہ آنت کے اندر صفرا کی موجودگی ایک ضروری شئے ہے، اور اس میں رکاوٹ پیدا ہوجاتی ہے۔ صفراء کے مستقیمی اشراب کے بھی اچھے نتائج بیان کئے گئے ہیں (63)۔

حاد تسدد کے علامات۔ ایک بند سے تخنیق ہوجانے کی صورت میں مریض کو یکایک شدید دردِ شکم ہوجاتا ہے، جو عموماً ناف کے قرب وجوار میں ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ چلتا پھرتا ہو، یا کھانا کھا رہا ہو، یا نیند سے بیدار ہوجائے۔ پھر مریض قے کرتا ہے۔ مبرز کی راہ سے نہ تو پاخانہ نکلتا ہے نہ ریح خارج ہوتی ہے۔ قے جو پہلے معدی ہوتی ہے اور پھر صفراوی، بالآخر برازی ہوجاتی ہے۔ مریض پر اس کا اثر بہت اندیشہ ناک ہوتا ہے۔ ہبوط جلد ہی شروع ہوجاتا ہے۔ چہرہ ستا جاتا ہے، آنکھیں سیاہ ہوکر اندر بیٹھ جاتی ہیں، نبض صغیر و سریع ہوتی ہے، اور بیشتر طبعی یا تحت الطبعی درجہ پر۔ زبان خشک ہوجاتی ہے، اور تشنگی مسلسل ہوتی ہے۔ شکم کا تمدد عموماً بعد کی علامت ہے، اور تسدد کے مقام و وقوع کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ اگر تسدد چھوٹی آنت کے بالائی حصے میں ہے تو ممکن ہے کہ شکم چپٹا ہو یا ناف سے اوپر صرف اس کا بالائی حصہ متمدد ہو۔ اگر لفائفی کا زیریں حصہ یا بڑی آنت

مخنوق ہے تو تمدد نسبتاً جلد ہی پیدا ہوجاتا ہے اور شکم یکساں طور پر بڑا ہوجاتا ہے ۔ الیمیت عموماً تاخیر کے ساتھ یعنے تمدد نمودار ہونے کے بعد پیدا ہوتی ہے ۔ اگر یہ حالت دفع یا درست نہوئی تو خستگی یا حاد باریطونی التہاب سے (جس کی خاص سلامت ایک عام منتشر الیمیت ہے) موت واقع ہوجاتی ہے مدتِ مرض چار تا چھ روز ہے ۔

جب آنت مسدود ہوتی ہے مگر مخنوق نہیں ہوتی تو مرض کی ابتدا، نسبتاً زیادہ تدریجی اور غیر محسوس طور پر ہوتی ہے ۔ درد وقفوں کے ساتھ اور کم شدید ہوتا ہے ۔ برازی قئے اور تمدد تاخیر کے ساتھ ہوتے ہیں، اور دیوارِ شکم ڈھیلی اور نرم ہوتی ہے ۔

سنگ صفراء سے تسدد ہونے کے باعث جو علامات پیدا ہوتے ہیں وہ اکثر ممیز ہوتے ہیں ۔ اثنا عشری میں تقرح ہوجانے کے باعث اور ازاں بعد سنگ صفراء سے اثنا عشری کے تسدد کے باعث پہلے وہ حاد ہوتے ہیں ۔ خون کا اخراج یا خون کی قئے ہوتی ہے ۔ پھر جب سنگ صفرا چھوٹی آنت میں سے گذرتا ہے تو علامات غائب ہوجاتے ہیں، لیکن اگر سنگ صفرا الفائفی اعوری مصراع کے مقام پر رُک گیا تو علامات ایک دو روز میں پھر حاد طور پر نمودار ہوجاتے ہیں ۔

مزمن تسدد کے علامات ۔ مزمن تسدد میں، جیسا کہ حوضی قولون یا قولون نازل کے مرض خبیث کے باعث ہوجاتا ہے، ابتداً علامات صرف براز کے گذرنے میں متوسط درجہ کی رکاوٹ پر دلالت کرتے ہیں کسیقدر مقامی درد اور گاہے گاہے قئے ہوتی ہے، جو ادخال غذا سے کوئی خاص تعلق نہیں رکھتی ۔ قبض بتفاعدگی کے ساتھ ہوجاتا ہے، لیکن وہ مفتحات سے رفع کیا جا سکتا ہے ۔ قبض وقتاً فوقتاً نہایت تکلیف دہ ہوتا ہے ۔ قئے زیادہ بار بار ہونے لگتی ہے مگر پھر بھی برازی نہیں ہوتی ۔ شکم بہت متمدد ہوجاتا ہے، اور آنت کے بیش پرورده لچھے حرکات دودیہ کے وقت شکم کی سطح پر سے نظر آنے لگتے ہیں ۔ حرکتِ دودی کے ساتھ گڑگڑاہٹ کی آوازیں یا قراقر سنائی دے سکتے ہیں ۔

ممکن ہے کہ وقتاً فوقتاً چند سیّال دست آجائیں، اور مائع براز کی کئی بڑی تفریغیں ہوجائیں، جس سے شکم کی گنجائش جلد ہی کم ہو کر طبعی ہوجاتی ہے، اور تمام علامات میں آرام ہوجاتا ہے ۔ ممکن ہے کہ واقعات کا یہ سلسلہ ایک سے زائد بار

رونما ہو، لیکن پھر ایسے ہی کسی حملہ میں تسدد کامل ہوجاتا ہے اور وہ حاد علامات، جو اوپر بیان کئے گئے ہیں، نمودار ہوجاتے ہیں۔

محلِ تضییق۔ چھوٹی آنت اور بڑی آنت کے تضییقات کے درمیان ذیل کے فروق نوٹ کرنے کے قابل ہوتے ہیں:۔ اول الذکر میں قئے جلد شروع ہوجاتی ہے، اور زیادہ تر ادخالِ غذا سے پیدا ہوتی ہے۔ آخر الذکر میں، جیسا کہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے، تمدد نسبتہً زیادہ ہوتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ تضییق یا بالیدہ مبرز کے قرب میں ہونے کی وجہ سے پاخانوں کی شکل میں تغیرات پیدا ہوجائیں۔ اور وہ فیتہ نما ہوں۔ تاہیر بھی بارہا موجود ہوتی ہے۔ جب تمدد بالخصوص قولون کو ماؤف کرتا ہے تو متمدد قولون صاعد و نازل اور قولون مستعرض کی وجہ سے (جو درمیان میں سے نیچے کی طرف جھکتا ہے اور دوسرے دو لچھے بناتا ہے) آنت کے متعدد بڑے انتصابی لچھے نظر آسکتے ہیں۔ جب چھوٹی آنت خاص طور پر متمدد ہوتی ہے اور قولون مھبوط ہوتا ہے تو یہ متمدد لچھے شکم میں عرضاً پڑے رہتے ہیں اور اسطرح سیڑھی کا نمونہ (ladder pattern) بنا دیتے ہیں۔

تسدد کی تشخیص۔ تمدد واقع ہونے سے پہلے حاد معوی تسدد کو اُستواری کی غیر موجودگی اور نسبتہً زیادہ بار بار ہونے والی قئے کی وجہ سے جو برازی ہوجانے کا رجحان رکھتی ہے، مختلف حاد شکمی آفتوں (جیسے کہ ہضمی قرحہ کے انثقاب، التہاب زائدہ، حاد نزفی التہاب بانقراس، اور التہاب مرارہ اور قولنجی دردوں) (ملاحظہ ہو صفحہ 363) سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔ جب تمدد موجود ہو تو معوی تسدد کو حاد التہاب باریطون کے آخری درجہ سے (جو کسی سبب سے ہو) تمیز کرنا چاہئے۔ حاد رکود کی موجودگی کی دریافت دو بار مینی حقنے چند گھنٹوں کے وقفے سے دیکر کی جاسکتی ہے۔ پہلا حقنہ نیچے کی آنت کو صاف کردیتا ہے۔ دوسرا حقنہ قبض کی موجودگی ثابت کردیتا ہے۔ معاءِ مستقیم کا بھی انگلی سے امتحان کرنا چاہئے۔ تسدد کی اصابتوں میں وہ اکثر خالی اور متسع، یا غبارگی یافتہ ہوتی ہے۔

دوسری حالتیں جنہیں متفرق کرنا چاہئے ماساریقی سدادیت اور علقیت اور ہینوک کا پرپیورا (Henoch's purpura) ہیں اور یہ سب ایسے ہی علامات پیدا کردیتی ہیں۔ لیکن حقنہ سے عموماً کچھ خون حاصل ہوگا۔ حاد تسدد کی

مشابہت بعض عصبی الاصل یا سمی الاصل حالتوں سے ہو سکتی ہے، جن میں میکانی یا التہابی ضررات کا کوئی حصہ نہیں ہوتا۔ ان میں سے ایک حالت ہزال نخاع کے معدی بحرانات کی ہے، جن میں درد اور قئے ہوتی ہے۔ لیکن ان میں شکم بازکشیدہ ہوتا ہے، اور قئے کیا ہوا سیال اگرچہ مقدار میں بہت زیادہ ہوتا ہے تاہم وہ صفراء آمیز اور پانی جیسا ہوتا ہے مگر برازی نہیں ہوتا۔ اسی مریض میں اسی طرح کے حملوں کی سرگزشت سے، اور رکبی جھٹکے اور حدقی معکوسۂ نور (pupil light reflex) کی غیر موجودگی سے

380

ہزال نخاع کی تائید ہوگی۔ دوسری حالت آغاز پذیر ذیابیطسی قوما (diabetic coma) کا حاد درد ہے، جس میں ایک سے زائد بار تقریباً عملیہ کیا جانے کو تھا مریض کو عموماً غنودگی شروع ہونے کو ہوتی ہے، اور اگر اس کے بول کو دیکھا جائے تو اس میں شکر اور ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ (aceto-acetic acid) پائے جاتے ہیں۔ یوریا دمویت کی تشخیص مشکل ہو سکتی ہے، بالخصوص اس وجہ سے کہ مماثل حیاتی کیمیائی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ لیکن اس میں قئے برازی نہ ہوگی۔ برون شکمی فتق (extra-abdominal hernia) سے تسدد ہونے کے امکان کو فراموش نہیں کرنا چاہیئے، خواہ یہ فتق اربی، فخذی، یا ساذی ہو۔

علاج۔ جب حاد معوی تسدد کی تشخیص قائم ہو جائے تو شکم شگافی یا پیٹ کو کھول دینے کا عملیہ بلا تاخیر انجام دینا چاہیئے۔ اور سبب تسدد کی تحقیق کے بعد اسے رفع کرنے کی کوشش کرنی چاہیئے، یا اگر ضرورت ہو تو آنت کو تسدد سے اوپر اس کے سب سے زیادہ متمدد حصے میں سے صرف کھول کر ایک برازی ناسور قائم کر دینا چاہیئے۔ مائع تصفیقات اور ۶ فیصدی ڈیکسٹروز کے مستقیمی اشرابات دئے جا سکتے ہیں اور ان سے بہت فائدہ ہوتا ہے۔ ضد ویلچ مصل (anti-Welch serum) (۸۰ مکعب سنٹی میٹر درون عضلی راہ سے، جو حسب ضرورت روزانہ دئے جائیں) سے اور صفراء کے مستقیمی اشرابات سے علاج کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے۔ درد رفع کرنے کے لئے افیون یا مارفیا کا دینا شاذ ہی قرین مصلحت ہے۔ اس سے درد میں کمی ہوتی ہے اور قئے رک جاتی ہے لیکن اس میں یہ سخت قباحت ہے کہ دو اہم علامات جاتی رہتی ہیں اور مریض کی حالت کے متعلق ایک اطمینان کاذب پیدا ہو جاتا ہے حالانکہ مرض

ترقی پذیر ہوتا ہے۔ مقامی طور پر تارپینی کمادات، یا فلالین کے ٹکڑوں کو گرم پانی میں سے نچوڑ کر اور اُن پر صبغیہ لفاح (tincture of belladonna) یا صبغیہ افیون (tincture of opium) چھڑک کر، یا پسی ہوئی اَلسی کی گرم پولٹسیں استعمال کرنے سے مزید آرام حاصل ہو سکتا ہے۔

مزمن تسددوں میں، جو کہ بالخصوص تضیقات اور بالیدوں کا نتیجہ ہوتا ہے، خواہ وہ چھوٹی آنت میں ہوں یا بڑی آنت میں، غذا کے انتخاب میں احتیاط لازم ہے تاکہ ہضم باقاعدہ رہے اور معوی مشمولات تضیق کے پار بآسانی گذر جائیں چنانچہ اور کبھی کبھی ملینات استعمال کر کے وقتاً فوقتاً تفریغ قائم رکھنا چاہیئے۔ اگر قبض نہایت سخت ہو، اور بالخصوص اگر تمدد زیادہ ہو اور قئے ہو تو علاج حاد تسدد کے علاج سے مماثل ہونا چاہیئے۔ افیون، لفاح کے ساتھ یا بلا لفاح کے دیجا سکتی ہے اور غذا صرف خفیف مقداروں میں یا براہ معاء مستقیم دیجاتی ہے، اور اسطرح جلد سکون حاصل ہوتا ہے۔ بالآخر اگر زندگی کی تطویل کرنا ہے تو عملیہ کرنا ضروری ہوگا۔

برازی اجتماعات کے لئے عموماً حقنے بڑے بڑے اور بار بار دینا کافی ہونگے لیکن ایسے مریض کے لئے احتیاط کے ساتھ غذا، ورزش، بجلی یا دَلک کے ذریعہ طویل عرصہ تک زیر علاج رہنا ضروری ہے، تاکہ آنت کو اُس کی ماسبق قوت دوبارہ حاصل ہو جائے۔

انغماد الامعاء

(intussusception)

اگر آنت کا ایک فلقہ، یا یوں کہئے کہ اُس کے چند انچ، اُس کے فوری متصل حصے کے اندر پھسل کر داخل ہو جائیں، تو وہ انغماد الامعاء کہلاتا ہے۔ یہ فی الفور سمجھ میں آجائے گا کہ اس میں باہر سے اندر کی طرف آنت کے مرکز کو جاتے ہوئے معوی دیوار کی تین تہیں پائی جانی چاہئیں، جن میں سے سب سے اندر والی تہ کو دخال تہ (entering layer)، سب سے باہر والی کو گیرندہ تہ (receiving layer) یا غلاف، اور اِن دونوں کو جوڑنے والی تہ کو درمیانی تہ

(middle layer) کہہ سکتے ہیں ۔ یہ ظاہر ہے کہ آنت کا کوئی بھی حصہ اپنے اوپر والے فلقہ کے اندر داخل ہو کر ایک انغماد صاعد (ascending intussusception)، یا اپنے نیچے کی آنت کے اندر داخل ہو کر انغماد نازل (descending intussusception) سا سکتا ہے ۔ ہمیں عملاً ہمیشہ آخر الذکر سے ہی واسطہ پڑتا ہے ۔

انغمادات آنت کے کسی بھی حصے میں واقع ہو جاتے ہیں، اور اُن کے نام بھی اُسی لحاظ سے رکھے گئے ہیں ۔ مثلاً چھوٹی آنت کے انغمادات معوی، اور بڑی آنت کے قولونی یا مستقیمی کہلاتے ہیں ۔ لیکن لفائفی اور قولون کے نقطۂ اتصال پر دو قسموں کے انغمادات واقع ہوتے ہیں ۔ (۱) لفائفی اعوری جس میں لفائفی اور اعور قولون صاعد کے اندر داخل ہو جاتے ہیں ۔ لفائفی اعوری مصراع سب سے آگے بڑھا ہوا نقطہ ہوتا ہے، لفائفی دخال تہ ہوتی ہے، اور اعور درمیانی تہ کا سب سے آگے بڑھا ہوا حصہ ۔ (۲) لفائفی قولونی جس میں لفائفی کا سب سے نیچے کا حصہ لفائفی اعوری مصراع کے پار مُرتکس ہو جاتا ہے، یعنے ایک معوی انغماد کا سلسلہ قولون کے اندر تک چلا جاتا ہے ۔ لفائفی قولونی انغماد اِن مختلف قسموں میں سے نادر ترین قسم ہے، اور لفائفی اعوری سب سے زیادہ عام ہے کیونکہ وہ تمام اصابتوں میں سے تقریباً نصف میں ہوا کرتی ہے ۔

381

ایک انغماد واقع ہونے پر نہایت اہم تغیرات رونما ہو جاتے ہیں، جن کا انحصار آنتوں کی تشریحی مجاورتوں پر ہوتا ہے ۔ اگرچہ انغماد کچھ بھی وسیع ہو تو ایک دبیز اُسطوانی ورم بنا دیتا ہے، کچھ تو اِس وجہ سے کہ آنت کی پوری گولائی میں ایک تہ کے بجائے تین تہیں موجود ہوتی ہیں، اور کچھ اِس وجہ سے کہ امتلا اور تہیج موجود رہتا ہے جس کی توجیہ ابھی کی جائے گی ۔ آنت کی ماساریقی مجاورتوں کی وجہ سے یہ اُسطوانہ خمیدہ شکل کا ہوتا ہے، کیونکہ اُس کی اندرونی اور درمیانی تہوں کو رسد پہنچانے والے عروق اتنے ہی لمبے ہوتے ہیں کہ جتنے گیرندہ تہ کو رسد پہنچانے والے عروق، اور باوجود اِسکے اُنھیں نہ صرف انغماد کے کنارے تک پہنچنا پڑتا ہے، بلکہ اُس کے اندرون میں اندرونی اور درمیانی تہوں کے درمیان بھی جانا پڑتا ہے، جس سے آنت کے اُس حصے کے بالائی سرے پر کھنچاؤ پڑتا ہے ۔ جوں جوں انغماد بڑھتا ہے، وہ آنت میں

اور آگے حرکت کرتا جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ ایک لفائفی اعوری انغماد کا اندرونی اُستوانہ معاء مستقیم تک پہنچ جائے، بلکہ مبرز میں سے باہر اُبھر آئے۔ اِسکے ساتھ ہی ماسّ یہ سلعہ نسبتہ بڑا ہوجاتا ہے۔ عروق کی متذکرہ صدر ترتیب کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ وہ مضغوط اور مخنوق ہوجاتے ہیں، جس کی وجہ سے اِنغماد کی دیواروں کا امتلاء، اور اُذیما، بلکہ اُس کی مخاطی سطح سے نزف واقع ہوکر معاء مستقیم کی راہ سے خون خارج ہونے لگتا ہے۔ یہ واقعہ تشخیص مرض میں سب سے زیادہ کارآمد ہوتا ہے۔ اگر یہ حالت جلد ہی مہلک انجام کو نہ پہنچ جائے تو آنت کی تہوں میں التہابی تغیرات پیدا ہوکر اُنھیں باہم پیوستہ کردیتے ہیں، جس سے انغماد کے آگے بڑھنے اور اِس کی ترجیع دونوں میں رکاوٹ پیدا ہوجاتی ہے۔ اور بالآخر، ممکن ہے کہ دخّال اور درمیانی تہوں کی دموی رسد کی تخنیق کی وجہ سے یہ تہیں گنگرینی ہوکر انغشاث پذیر ہوجائیں اور معاء مستقیم کی راہ سے خارج ہوجائیں۔ اگر اِس واقعہ سے پہلے دخّال نہ کا بیرونی اور درمیانی تہوں کے درمیانی زاویہ کے ساتھ مضبوط انضمامی الحاق ہوچکا ہے تو آنت کی قنال عملاً پھر قائم ہوجاتی ہے، اور نتیجہ حقیقی شفایابی ہوتا ہے، اگرچہ ایسا نہایت شاذ ہی ہوتا ہے۔ اگر یہ الحاق نامکمل ہو تو اندرونی اُسطوانہ کی علٰحدگی کے بعد مہلک عایدری واقع ہوجاتی ہے۔

بحث اسباب۔ معوی التہاب، اِنغماد الامعاء کا عام ترین سبب مُعِد ہے۔ بعض اوقات اِنغماد راست تفرزات کے بعد پیدا ہوگیا ہے۔ بعض اوقات معوی سعدانے اور سرطانات اِس کا سبب ہوتے ہیں، اور معلوم ہوتا ہے کہ ہیناک کے پرپیورا (Henoch's purpura) میں یہ معوی دیوار کے اندر نزف واقع ہونے کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ ہر عمر میں ہوسکتا ہے، لیکن طفلی میں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ انغماد کی فوری میکانیت کے متعلق کوئی ایسی بات نہیں کہی جاسکتی جو متعین ہو، سوائے اِس کے کہ وہ غیر منظم حرکت دودی کی وجہ سے ہوتا ہے۔

علامات۔ حاد انغماد کا حملہ اُس تخنیق کے حملہ سے غیر مشابہ نہیں ہوتا جو بندوں کے ذریعہ سے واقع ہوجائے۔ یعنے مریض کسیقدر دفعتہ درد میں مبتلا ہوجاتا ہے جو کم وبیش مستمر ہوتا ہے، اگرچہ یہ درد وقتاً فوقتاً زیادہ بھی ہوجاتا ہے، اور مروڑ جیسی

نوعیت رکھتا ہے شیر خوار بچے میں اس کا آغاز بچہ کے چیخ اٹھنے سے ظاہر ہوتا ہے متلی اور قئے بھی ہوتی ہے، لیکن قبض ابتداً نہیں موجود ہوتا۔ اس کے برعکس عموماً اجابت ہوا کرتی ہے، اور یا تو رقیق براز یا (جیسا کہ انغماد کا ممیز خاصہ ہے) خون مخاط کے ہمراہ یا اس کے بغیر خارج ہوتا ہے۔ فی الحقیقت ۹۵ حاد اصابتوں میں خون براہ معاء مستقیم خارج ہوتا ہے۔ اور اکثر اوقات بلا ارادہ کا نکھنا اور تا دیر موجود ہوتی ہے شکم ہنوز زیادہ سوزرم نہیں ہوتا۔ لیکن امتحان کرنے پر عموماً ایک دوسرا ممیز خاصہ آشکارا ہوجاتا ہے، یعنے اس سلعہ کی موجودگی جو انغماد کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ اس کا محل وقوع قدرتاً مقام ضرر پر منحصر ہوتا ہے۔ نسبتہً معمولی لفائفی اعوری قسم میں وہ ابتداً دائیں پہلو میں واقع ہوتا ہے، لیکن جوں جوں انغماد زیادہ ہوتا جاتا ہے وہ ناف کے حلقے میں محسوس ہونے لگتا ہے، اور عموماً بیضوی، استوانی یا گلمہ شکل ہوتا ہے، اور ناف سے اوپر شکم میں عرضاً پڑا رہتا ہے۔ ازاں بعد وہ بائیں پہلو میں بائیں حرقفی حفرہ کے اندر چلا جاتا ہے، اور بالآخر اسے انگلی معاء مستقیم کے اندر محسوس کر سکتی ہے، یا وہ حقیقتہً مبرز سے باہر ابھر آتا ہے۔ بعض اوقات کامل قبض ہوتا ہے اور ساتھ ہی بہت نمدد، اور برازی قئے ہوتی ہے۔ اور کبھی ہبوط۔ سرعت شروع ہوکر چوبیس گھنٹوں میں، یا دو سے پانچ یا چھ دنوں تک میں موت واقع ہوجاتی ہے۔ بالکل نو عمر شیر خواروں میں موت بالخصوص سریع الوقوع ہوتی ہے۔

لیکن علامات ہمیشہ اسقدر حاد نہیں ہوتے، اور درحقیقت انغماد کا مقفول بلکہ مہینوں موجود رہنا ممکن ہے۔ ان زیادہ مزمن اصابتوں میں آنت کی ماؤف شدہ وسعت عموماً کم ہوتی ہے، اور اس کی قنال کامل طور پر مسدود نہیں ہوتی۔ اسطرح پاخانہ ہونا ممکن ہوتا ہے، اگرچہ اس کے ساتھ ہی تقریباً نصف اصابتوں میں خون بھی خارج ہوتا ہے، مریض کو دورے کے ساتھ مروڑ جیسے درد ہوتے ہیں، گو یہ لازمی نہیں کہ یہ بڑی شدت کے ہوں شکم رخو ہوتا ہے، اور انغمادی سلعہ ایک اہم ممیز خاصیہ پیش کرتا ہے، یعنے ایک تغیر پذیر کثافت، چنانچہ وہ مروڑ کے دردوں کے ساتھ ہمزمان طور پر سخت ہوجاتا ہے لیکن ان کے رفع ہوجانے کے بعد جلد ہی نرم بلکہ غیر محسوس ہوجاتا ہے۔

382

تحت الحاد اور مزمن اصابتوں کے اختتامات مختلف ہوتے ہیں ممکن ہے کہ
اُن کا نتیجہ خستگی کی وجہ سے بالآخر موت ہو، یا کامل تسدد معوی، قئے، قبض، تمدد شکم،
اور مرئی تموجوں کے۔ یا ممکن ہے کہ وہ ایک مقامی التہاب باریطون پیدا کردیں، جسکے
بعد پھوڑا بنجائے یا زیادہ عمومی التہاب باریطون ہوجائے۔ یا منغمد حصہ بذریعہ غنغرینا
علیحدہ ہوجائے، اور اسطرح معوی قنال بحال قائم ہوجائے۔

تشخیص۔ انغماد کے خاص صفات یہ ہیں: شدید درد، قئے، معا مستقیم
سے خون کا آنا اور ایک ایسے بیضوی یا لبنونہ سلعہ کی موجودگی جس کی کثافت
لمحہ بلمحہ بدلتی ہو، اور جو قولون کے مسیر میں اقامت گزین ہو، یا معا مستقیم میں واقع
ہو لیکن تاوقتیکہ ایک معدم حس نہ دیا جائے یہ سلعہ ہمیشہ محسوس نہیں کیا جاسکتا بالخصوص
اُن شیرخوار بچوں میں جنکے شکم بہت متمدد ہوں۔ بچوں میں معوی التہاب
اور مرض حیاتی اسہال کا اس سے مشابہ ہوجانا ممکن ہے، اور بعض اوقات منقبض
آنت کا ایک ٹکڑا ایک رسولی بنا دیتا ہے۔ زیادہ اکثر خون مخاط کے ساتھ مخلوط ہوتا
ہے۔ ہیناک کے پرپیورا (Henoch's purpura) میں دوسرے مقام پر بھی ضربات
ہوسکتے ہیں اور متعدد مفاصل کا التہاب (multiple arthritis) بھی موجود ہوتا ہے۔
بیریئم کے حقنہ کے بعد لاشعاعی امتحان سے کام لیا جاسکتا ہے۔

علاج۔ حاد انغماد کے تدارک کے لئے جسقدر جلد ممکن ہو ترجیع کی کوشش
کرنی چاہئے، اور اگرچہ بعض اصابتوں کا علاج مستقیم اور قولون کے اندر سیالات کے
اخراج سے کامیابی کے ساتھ کیا گیا ہے، تاہم جراح کے لئے زیادہ بے خطر اور زیادہ یقینی
طریقۂ علاج یہی ہے کہ شکم شگافی کا عملیہ کرکے احتیاط کے ساتھ جر کے ذریعہ انغماد کی ترجیع
کردے۔ نسبتہً زیادہ طویل المدت اصابتوں میں ممکن ہے کہ التصاقات کی وجہ سے
ترجیع ناممکن ہو۔ ایسی صورت میں تودے کے کچھ حصے کا یا پورے تودہ کا استیصال جراحی
عمل میں لانا چاہئے۔

مزمن قسموں میں بھی جبکہ اس مرض کی نوعیت شناخت ہوجائے
کردینا چاہئے۔

ہرش سپرونگ کا مرض

(HIRSCHSPRUNG'S DISEASE)

(کلانیٔ قولون = megacolon)

یہ ایک نادر مرض ہے، جس کا خاصہ قولون کا اتساع اور بیش پرورش ہے۔ بہت سی اصابتوں میں اس کے علامات زندگی کے ابتدائی چند ہفتوں میں شروع ہو جاتے ہیں، دوسری اصابتوں میں ابتدائی طفلی میں، اور باقی اصابتوں میں اس سے بھی بعد ہوتے ہیں۔ قبض سخت قسم کا اور متواتر ہوتا ہے، جس میں ایک وقت میں دو یا تین ہفتوں تک پاخانہ نہیں ہوتا۔ شکم بے انتہا متمدد ہوتا ہے، چنانچہ اس سے سینہ پر جو دباؤ پڑتا ہے وہ بذاتِ خود ایک خطرہ ہو سکتا ہے۔ شکم کی دیواروں میں سے قولون کے متمدد لچھے نظر آ سکتے ہیں، ان لچھوں میں حرکاتِ دودیہ نظر آتی ہیں۔ بچہ دبلا ہو جاتا ہے اور نسبتہً زیادہ عمر والے مریضوں میں ناقص تغذیہ اور پھیکے زرد رنگ کی جلد دیکھی جاتی ہے۔ یہ مرض سریع طور پر مہلک عمر نہیں طے کرتا، لیکن بین رو مرض اور تسمم الدم کی وجہ سے موت واقع ہو جانے کا خطرہ ہوتا ہے۔ موت کے بعد قولون اپنے معمولی قطر کی نسبت دگنا یا تگنا متسع اور اکثر بہت مطوّل پایا جاتا ہے۔ اور طویل المدت اصابتوں میں عضلی ریشے، بالخصوص مدوّرتہ کے، بہت بیش پرورده ہوتے ہیں۔ بلحاظ اس امر کے کہ اتساع کا آغاز مبرز سے عین اوپر ہوتا ہے یا حوضی مستقیمی عوجہ سے عین اوپر، اس مرض کی اصابتوں کی دو قسمیں ہوتی ہیں، جو تقریباً مساوی طور پر عام ہیں۔ امراضیات کے متعلق نہایت قرینِ عقل رائے یہ ہے کہ اس مرض کو مری کے مزمن اتساع سے مشابہ تسلیم کرتے ہوئے، اسے مبرز یا حوضی مستقیمی عوجہ کے تسدد (عدم ارتخاء) کا ثانوی نتیجہ سمجھا جائے (64)۔

تشخیص۔ کلانیٔ قولون اتنی غیر عام نہیں۔ لاشعاعوں کے ذریعہ آنت میں گیس کی بہت بڑی مقداریں دیکھی جاتی ہیں، جو کہ بائیں ڈایافرام کو اوپر دھکیل دیتی

اور جگر سے اوپر اُٹھ آتی ہیں۔ سگمائیڈ بین آسانی سے داخل کی جا سکتی ہے، اور ایک متسع قولون دیکھا جاتا ہے۔ یہ ایک بیریم ملے ہوئے حقنہ سے بھی نظر آتا ہے۔

علاج۔ اس امر کی کوشش کرنی چاہئیے کہ قولون براز سے خالی رہے مسہل ادویہ چنداں کارآمد نہیں۔ مبرزی قسم میں ایک مستقیمی نلی کی وساطت سے قولون کو روزانہ آسانی دھو سکتے ہیں۔ آخرالذکر کو قولون کے اندر رات بھر رہنے دیا جا سکتا ہے۔ جوفی مستقیمی قسم میں علاج اسقدر آسان نہیں ہوتا لیکن تیل یا گلیسرین کے حقنے مفید ہوسکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ پشوٹرین (ایک مکعب سم بذریعہ اشراب) برق اور ڈلک بھی ممد ہوں۔ مبرزی عاصرہ کو فسخ کیا جا سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ جراحی عملیہ کی ضرورت پڑے۔ جو یا تو قولونی تغویہ ہوتا ہے یا لفائفی قولونی تغویہ، یا قولون کے متسع حصے کا استیصالِ کامل۔

جگر کا امتحان

جگر دائیں مراقی خطے میں، پسلیوں سے نیچے واقع ہے، اور شراسیف کے بالائی حصے کے وار پار پھیلتا ہے۔ طبعی حالت میں وہ آخرالذکر مقام پر شاذ ہی محسوس کیا جا سکتا ہے، اور وہاں بھی صرف اُسیوقت جبکہ شکمی جداریں بہت پتلی ہوں۔ قرع کرنے سے پستانی خط میں اصمیت (کبدی اصمیت) چھٹی پسلی کے بالائی کنارے سے لیکر ضلعی حاشیہ تک پائی جاتی ہے۔ بغلی خط میں کبدی اصمیت آٹھویں پسلی سے، اور عظم الکتف کے زاویہ کے خط میں دسویں یا گیارھویں پسلی سے شروع ہوتی ہے۔ جب یہ عضو بڑا ہوجاتا ہے تو وہ ضلعی حاشیہ سے نیچے نکلا ہوا ہوتا ہے اور اُس کا زیرین حاشیہ دائیں پہلو سے بائیں ضلعی حاشیہ تک شکم کے وار پار پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ یہ اصمیت ایک متناظر درجہ تک نیچے شکم کے اندر بھی پھیلتی ہے، لیکن چونکہ اُس کے پیچھے آنتیں موجود ہوتی ہیں، لہٰذا یہ اصمیت جگر کی آزاد کور کے قریب اتنی کامل نہیں ہوتی جتنی کہ اُس سے نسبتاً اوپر۔ سینہ کے حدود کے اندر جگر کا تداخل صرف اُسی وقت ہوتا ہے جبکہ اس کی کلانی (۱) عمومی کی نسبت زیادہ تر محدود المقام ہو، جیسے کہ وہ کلانی جو سرطان، کیسہ، یا پھوڑے کے سبب سے ہوا کرتی ہے۔ یا (۲) جبکہ

اس کے نیچے کی کوئی چیز اوپر کی طرف دھکیل دے۔

ظاہری کلائی جگر کمر کو تنگ کسنے سے، یا سینہ میں سلعات یا پلیورائی التہابی سیال کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے۔ اول الذکر جگر کو منتصاباً لنبا کر دیتا ہے، آخرالذکر میں پورا جگر اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے۔ جگر کا نیچے ہٹ آنا یا اس کا سقوط مرض گلینارڈ (Glenard's disease) کے ایک جزو کے طور پر بھی واقع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 339)۔ ممکن ہے کہ متمدد مرارہ، کبدی اصمیت کے زیرین کنارے پر ایک گلوبچہ نما ابھار کے طور پر خطِ پستانی میں محسوس ہو۔

کبدی شریان جگر کو بہنے والے خون کا ۲۰--- ۴۰ فیصدی بہم پہنچاتی ہے، اور بابی ورید اس کا بقیہ حصہ۔ کتے کا جگر فی منٹ اپنے وزن کے ۱/۲ حصہ کے برابر خون وصول کرتا ہے۔ جگر کی حقیقی تشریحی تقسیم دو مساوی لختوں میں ہوتی ہے، اور یہ مرارہ کے قعر سے لیکر تحتانی ورید اجوف والے میزاب تک کھینچے ہوئے خط سے واضح ہوتے ہیں نہ کہ ہنجلی الشکل رباط سے۔ بابی ورید میں دو کم و بیش جداگانہ دموی روئیں پہلو بہ پہلو پائی جاتی ہیں۔ بہاؤ کا رخ ماساریقی رقبہ سے دائیں لختہ کی طرف ہے، اور طحال سے بائیں لختہ کی طرف (65)۔ طحال اور جگر کو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف بنانے کا طریقہ یہ ہے کہ تھوریم (thorium) (تھوروٹراسٹ=thorotrast) کی ایک تجہیز کا دروں وریدی انثہ اب کیا جائے، جس کو شبکی درعلمی نظام اخذ کرلیتا ہے (66)۔

کبدی وظیفہ اور وظیفی کاشفات

جگر کے وظیفہ کا صحیح علم، اس تاریخ سے شروع ہوتا ہے جبکہ مان (Mann) نے کتوں کے جگروں کے استیصال کا عملیہ ایجاد کیا (67)۔ اس عملیہ کے بعد حیوان تین گھنٹہ یا زیادہ تک طبعی معلوم ہوتا ہے لیکن عضلی کمزوری کی شدید علامات کسیقدر دفعتہً نمودار ہوجاتی ہیں، اور بعد ازاں جھٹکے اور تشنجات بھی پیدا ہوتے ہیں۔ یہ قلیل شکر دمویت کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں اور شکر دیکران کو موقوف کیا جا سکتا ہے، چنانچہ حیوان کچھ مدت کے لئے دوبارہ طبعی ہوجاتا ہے۔ لیکن پھر علاج کے باوجود

زیادہ شدید علامات نمودار ہو جاتے ہیں اور حیوان قوما کی حالت میں مرجاتا ہے۔ قلیل شکر دمویت اس لئے پیدا ہوتی ہے کہ جسم مسلسل شکر جلائے جاتا ہے، اور اسکے لئے جو واحد منبع رسد ہے، یعنی جگر، وہ مفقود ہوتا ہے۔ دوسرے حیاتی کیمیاوی تغیرات دموی یوریا کی کمی اور پیشاب میں ایمونیا اور یوریا کی کمی ہیں، اور امینو ایسڈز (amino-acids) میں زیادتی ہوجاتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جگر میں امینو ربودگی ہوکر یوریا کی تکوین قدرتی طور پر ہوتی ہے، اور اس یوریا کا کچھ حصہ گردوں کے ذریعہ ایمونیا میں تبدیل ہوتا ہے۔ دموی یورک ایسڈ میں زیادتی ہوجاتی ہے، کیونکہ جگر قدرتی طور پر اس کو برباد کرتا ہے، اگرچہ آدمی میں ایسا ہونے میں کچھ شبہ ہے۔ نیز یرقان ہوتا ہے، کیونکہ طحال اور لُب کے شبکی درعلمی خلیات، (نیز جگر کے کوفری خلیات = Kupffer cells) دموی صبغہ سے اس کا حدید بردار حصہ الگ کر دیکر بائلی روبین (bilirubin) بناتے ہیں۔ کبدی خلیات اس بائلی روبین کو اپنے اندر جمع کرلیتے، اور اس کا افراز صفراوی قنالچوں میں اور پھر صفراوی قناتوں میں کرتے ہیں (68)۔ یہ تمام تغیرات شدید کبدی مرض یعنی حاد تنخز اور سرطان میں وقتاً فوقتاً مشاہدہ کیئے گئے ہیں۔ اس کے علاوہ، جگر سم رُبا خواص رکھتا ہے، اور دموی فائبرنوجن جس کو جگر پیدا کرتا ہے، (69) مرض کی حالت میں گھٹ کر نزف واقع ہوجا سکتا ہے، اسیطرح مصلی کیلشیم بھی گھٹ سکتا ہے۔ ممکن ہے یوروبائلن بولیت (urobilin-uria) موجود ہو، کیونکہ طبعی حالت میں بائلی روبن قنالی غذائی کے اندر یوروبائلن (urobilin) میں تبدیل ہوجاتی ہے، جس کا کچھ حصہ براز کی سٹرکوبائلن (stercobilin) کی حیثیت سے خارج ہوجاتا ہے لیکن بقیہ حصہ قنالی غذا میں دوبارہ جذب ہوجاتا اور جگر میں واپس ہوجاتا ہے جہاں وہ صفراوی صبغہ میں دوبارہ تبدیل ہوجاتا ہے۔ اگر کبدی وظیفہ میں خرابی واقع ہو تو وہ دوران خون میں نکل جاتا ہے اور گردوں کی راہ سے یوروبائلنوجن (urobilinogen) کی حیثیت سے خارج ہوتا ہے۔

طبعی جگر باز تکوین کی بہت بڑی طاقت رکھتا ہے۔ چنانچہ اگر اسکا ۸۰ فیصدی حصہ دور کردیا جائے، تو طبعی مقدار چند ہی ہفتوں میں پائی جاتی ہے۔ جگر کی بہت تھوڑی مقدار اس کی تمام فعالیتوں کے لئے کافی ہوتی ہے، چنانچہ نمایاں تغیرات

384

جیسے کہ قلیل شکرِ دمویت، مرض کے نہایت ہی شدید درجے میں پائے جاتے ہیں، اور خفیف اقسام میں نام نہاد وظیفی کاشفات کے ذریعہ، کہ جنکی ایک بہت بڑی تعداد بیان کی گئی ہے، کسیقدر غیر یقینی نتائج حاصل ہونے کا امکان ہے۔ ان میں سے جو اہم ترین ہیں وہ نیچے بیان کئے گئے ہیں۔

کاشفہ بذریعہ لیویئولوز (Laevulose test)۔ اس کاشفہ کا انحصار اِس حقیقت پر ہے کہ جب لیویئولوز غذائی قنال سے جذب ہو کر بابی دورانِ خون میں پہنچتی ہے تو جگر اُسے بکلیہ اخذ کر لیتا ہے اور اسی واسطے وہ نظامی دورانِ خون میں نہیں پہنچنے پاتی۔ اگر جگر مرضی ہو تو لیویئولوز اُس میں اِسطرح محبوس نہیں رہتی بلکہ وہ جگر کے اندر سے گذرتی ہوئی نظامی دوران خون کے اندر پہنچ جاتی ہے اور دَموی شکر میں زیادتی پیدا کر دیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 462)۔ اِس کاشفہ کے عمل میں لانے میں لیویئولوز کی ۵۰ گرام کی مقدار دہن کی راہ سے لی جاتی ہے۔ دَموی شکر کی تخمین اُس سے پہلے، اور پھر اِس کے نصف گھنٹے، ایک گھنٹے، اور دو گھنٹے بعد کی جاتی ہے۔ طبعی حالات میں ممکن ہے کہ نہایت خفیف زیادتی ہو، جو ۰۱ء۰ سے کم ہوتی ہے۔ چنانچہ اگر دموی شکر ۰ا ء۰ فیصدی ہے تو ایک گھنٹے کے بعد وہ ۱۱ء۰ فیصدی سے زائد نہ ہوگی لیکن اگر جگر کے وظیفہ میں خرابی واقع ہو گئی ہے، جیسا کہ نازلتی یرقان میں یا آرسینو بینزال کے تسمم میں ہونا ممکن ہے، تو ممکن ہے کہ دَموی شکر نصف گھنٹے میں ۱۵ ء۰ فیصدی تک، اور ایک گھنٹہ کے اختتام پر ۱۹ ء۰ فیصدی تک بڑھ جائے، اور پھر وہ بتدریج کم ہو کر معمولی درجہ پر آ جاتی ہے (70)۔ دَموی شکر کی زیادتی کے ساتھ ساتھ اکثر لیویئولوز پیشاب میں بھی نمودار ہو جاتی ہے، کیونکہ گردہ اُسے بہت جلد خارج کر دیتا ہے۔ اِس کاشفہ کا مقابلہ خفیف ذیابیطسِ شکری (diabetes mellitus) کے کاشفہ سے کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 464)۔ لیویئولوز کیطرح گلاکٹوز (galactose) بھی (۴۰ گرام ۴۰۰ سی - سی - پانی میں) ایک کاشفہ کے طور پر کام میں لائی جاتی ہے، کیونکہ طبعی حالت میں اِس سے دَموی شکر میں کوئی زیادتی نہیں ہوتی، یا زیادہ سے زیادہ ۰۲ ء۰ فیصدی ہوتی ہے۔ اگرچہ بچوں میں اس سے بلند زیادتی ۱ء تک پائی گئی ہے (71)۔ اِس کے استعمال کے بعد کے تین گھنٹوں کے دوران میں پیشاب کے اندر

ایک گرام سے کم گلاکٹوز موجود ہوتی ہے (72)، یا چھ گھنٹوں کے دوران میں ۲ گرام۔
ممکن ہے کہ کبدی وظیفہ کا بڑا نقص کارکردگی یرقان یا استسقاء شکمی کے وقوع سے ظاہر ہو جائے، جس کا بیان اب درج ہوگا۔ اس تعلق میں بعض مخصوص کاشفات موجود ہیں، یعنے وآن ڈن برگ کے کاشفات (Van den Bergh's tests) صفراوی ملحات کے لئے ہے کا کاشفہ (Hay's test) اور یوروبائلین (urobilin) کے لئے پیشاب کا امتحان (ملاحظہ ہوں صفحات 386 ,509)۔

یرقان

(jaundice)

یرقان[1] سے خون کے اندر اجزاء صفراء کا دوران کرنا مراد ہے۔ زمانہ ماضی میں یہ اصطلاح صرف جلد اور مخاطی اغشیہ کی اُس زرد تلوین کے لیے مستعمل تھی جو صبغۂ صفراویہ سے ہو جاتی ہے، لیکن اب یہ وسیع تر معنوں میں مستعمل ہے اور اِسکا اطلاق اُن اصابتوں پر بھی کیا جاتا ہے جن میں خون کے اندر صفراوی ملحات تو موجود ہوتے ہیں مگر صبغۂ صفراویہ نہیں ہوتا (یہ یرقان مفترق کی ایک قسم ہے)، علاوہ ازیں اُن اصابتوں پر بھی جن میں صبغۂ صفراویہ اِتنی خفیف مقدار میں موجود ہوتا ہے کہ اُسکا رنگ نہیں پیدا ہوتا (یرقان مخفی)۔

علامات۔ صبغۂ صفراویہ کے رنگ کی وجہ سے جلد کی رنگت کم و بیش گہری زرد ہو جاتی ہے، ملتحماتِ چشم زرد ہو جاتے ہیں، اور مرئی اغشیۂ مخاطیہ کا قدرتی رنگ زرد رنگ کی وجہ سے مرئی طور پر ترمیم یافتہ ہو جاتا ہے۔ کہنہ اصابتوں میں جلد کا رنگ زیادہ گہرا ہو کر بالآخر اُس میں ایک سبزی مائل یا بھوری زیتونی جھلک آجاتی ہے۔ اسے پہلے سبز یا سیاہ یرقان (green or black jaundice) کے نام سے تمیز کرتے تھے، اور اس کی وجہ یہ ہے کہ مزمن اصابتوں میں بائلی روبین یعنے صفراء کا زرد صبغہ جلد میں تکسید واقع ہو کر بتدریج بائلی وردین (biliverdin)

[1] انگریزی لفظ jaundice ' jaune سے ماخوذ ہے جس کے معنے زرد ہے۔

میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اس زرد رنگ کو ان دوسرے لونی تغیرات سے ممیز کرنا چاہیئے جو حالت مرض میں واقع ہو جاتے ہیں، جیسے کہ مختلف عدم دمویت (pernicious anæmia) کی حالتوں کا ترنجی زرد رنگ، ملیریائی نسقہ (malarial cachexia) کا پھیکا رنگ، ایڈیسن (Addison) کے مرض کا بھورا رنگ، اور وہ زرد رنگ جو ایک صبغہ کیاروٹین (carrotin) کے باعث ہوتا ہے اور سبز ترکاریاں اور گاجریں زیادہ مقدار میں کھانے کے بعد جلد میں پیدا ہو جاتا ہے۔ عموماً ملتحمہ یعنی آنکھ کی بیرونی جھلی میں رنگ کی شناخت خوب ہو سکتی ہے، لیکن بعض اشخاص میں تحت الملتحمہ یعنی ملتحمہ کے نیچے چربی کے چھوٹے تودے ایسی جھلک پیدا کر دیتے ہیں جو اس رنگ سے بہت کچھ مشابہ ہوتی ہے۔

اس کے ساتھ ہی پیشاب کا رنگ بھی صبغۂ صفراویہ کی موجودگی کی وجہ سے تبدیل ہو جاتا ہے۔ تھوڑی مقدار میں یہ ایک شوخ زعفرانی رنگ دے دیتا ہے جو سطح پر بنے ہوئے کسی جھاگ میں بہترین نظر آتا ہے۔ اگر صفراوی صبغہ زیادہ ہے تو پیشاب کسیقدر بھورے زرد، یا زردی مائل بھورے رنگ کا، بلکہ پورٹر (porter) کی طرح سیاہ بھورے رنگ کا ہو جاتا ہے۔ اگر اس پیشاب میں کتان یا کاغذ ڈبویا جائے تو وہ شوخ زرد رنگ کا ہو جاتا ہے۔ لیکن صبغۂ صفراویہ کی موجودگی اُن کیمیائی کاشفات کے استعمال سے زیادہ یقینی طور پر ثابت کیجا سکتی ہے، جو ابھی بیان کئے جائینگے۔ جسم کے دوسرے افرازات میں سے پسینہ بعض اوقات زرد رنگ کا ہو جاتا ہے۔ دودھ پلانیوالی عورتوں کا دودھ، آنسو، اور لعاب دہن شاذ ہی رنگین ہوتے ہیں۔ دماغی نخاعی سیال عموماً رنگین نہیں ہوتا۔ یرقان کے حملہ کے آغاز و اختتام پر یوروبائلین (urobilin)، جو صبغۂ صفراویہ سے مشتق ہے، پیشاب میں اکثر موجود ہوتی ہے، لیکن صبغۂ صفراویہ خود بالکل نہیں ہوتا، اور یرقانی اصابتوں کا ایک گروہ ایسا بھی ہے جس میں صبغۂ صفراویہ پیشاب کے اندر بالکل ہی غائب رہتا ہے۔ (ملاحظہ ہو بے صفراوبولی یرقان)۔

یرقان کی بیشتر اصابتوں میں براز کا رنگ بدلکر سپیدی مائل یا مٹیالے رنگ کا ہو جاتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ یرقان کی اُن اصابتوں میں جن میں صفراء اثنا عشری تک نہیں پہنچنے پاتا، براز میں چربی کی زیادہ مقدار موجود ہوتی ہے اور یوروبائلین

نہیں ہوتی - حال ہی میں یہ بتلایا گیا ہے کہ معوی ما فیہا کسیقدر ترشئی ہوتے ہیں اور چربی کا انجذاب ایک ایسے مرکب کی شکل میں ہوتا ہے جو آزاد شحمی ترشہ اور صفراوی ترشوں سے بنتا ہے۔ نیز صفراء کی موجودگی غالباً گندیدگی کو روکتی اور معوی دیوار کے عضلی ریشوں کو متہیج کرتی ہے - چنانچہ قبض اکثر موجود ہوتا ہے، اگرچہ یہ ضروری نہیں کہ وہ ہمیشہ موجود ہو۔ سب اسہال واقع ہو تو اُسے گندیدگی وار براز کی خراش سے منسوب کیا گیا ہے۔

یرقان میں اکثر دوسرے علامات بھی موجود ہوتے ہیں، جو خون کے اندر صفراوی لمحات کے دوران کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ وہ علامات یہ ہیں: (۱) بطءالقلب نبض آہستہ ہو کر فی منٹ پچاس یا چالیس ہو جاتی ہے۔ (۲) کھجلی - یہ اسقدر شدید ہو سکتی ہے کہ سونا تقریباً ناممکن ہو جاتا ہے، اور لگاتار کھجلانے سے خون کی پپڑیاں، بثور، یا شری (urticaria) کے ذود وڑے پیدا ہو جاتے ہیں۔

بعض مریضوں میں منہ کا مزا کڑوا ہو جاتا ہے اور اکثر اختلالاتِ ہاضمہ واقع ہو جاتے ہیں۔ جلد کے نیچے یا مخاطی اغشیہ سے نزفات واقع ہوتے ہیں، اور زخموں سے اوماءآسانی سے نہیں رکتا۔ خون کا عرصہ ترویب طویل ہو جاتا ہے۔ بعض مریضوں میں خطرناک دماغی علامات پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً ہذیان، تشنجات، اور قوما لیکن غالباً یہ ہمیشہ خون کے اندر بعض ایسے زہروں کی موجودگی کی وجہ سے ہوتے ہیں جو صفراء کے اندر کے زہروں سے علاوہ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات مشاہدے میں آتا ہے کہ مریض کو زرد دکھلائی دینے لگتا ہے (بصارت اصفر xanthopsia)۔ کہنہ مزمن یرقان کی بعض اصابتوں میں ایک جلدی مرض ہو جاتا ہے جسے سلعہ اصفر (xanthoma or xanthelasma) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو امراضِ جلد)۔

یرقان کے لئے سریریاتی کاشفات - مصل کے اندر صبغۂ صفراویہ کے لئے وان ڈن برگ کا کاشفہ۔ مصل کے اندر صبغۂ صفراویہ کی موجودگی ظاہر کرنے کے علاوہ، یہ کاشفہ اُس صبغہ میں جو صفراوی راستوں کے تسدد کی وجہ سے خون کے اندر محبوس ہو، اور اس صبغہ میں جو دَم پاشیدگی کی وجہ سے ہو، تفریق کر دیتا ہے۔

اِہرلک کا ڈایازو کاشف (Ehrlich's diazo reagent) استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کے اجزاء یہ ہیں: (الف) سلفانیلک ایسڈ (sulphanilic acid) ۱ گرام،

مرتکز ہائڈروکلورک ایسڈ (conc. HCl) ۱۵ سی سی، آب کشیدہ ۱۰۰۰ سی سی ۔ اور (ب) سوڈیم نائٹرائٹ (sodium nitrite) ۰.۵ گرام، آب کشیدہ ۱۰۰ سی سی ۔ ان دونوں کو استعمال سے ذرا ہی پہلے اس تناسب میں کہ (الف) کے ۲۵ سی سی کے ساتھ (ب) کے ۰.۷۵ سی سی ہوں، باہم ملالیا جاتا ہے ۔ راست تعامل (direct reaction) ۔ ایسے خون سے، جسے ٹھہرا رکھکر تھکا جم جانے دیا جائے، ایک مکعب سنٹی میٹر مصل حاصل کیا جاتا ہے اور اسے مندرجۂ بالا کاشف کے ایک سی سی میں ملا دیا جاتا ہے ایک نیلگوں بنفشئی رنگ کا تعامل فی الفور شروع ہوکر دس تا تیس سکنڈ میں اپنے اعظم درجہ تک پہنچ جاتا ہے ۔ اس سے تسددی کبدی یرقان ظاہر ہوتا ہے ۔ اگر راست تعامل حاصل نہ ہو تو ممکن ہے کہ ایک تعامل آجل (delayed reaction) ظاہر ہو، جس کا آغاز ایک منٹ کے بعد ہوتا ہے ۔ یہ دَم پاشیدہ یا سمی اور ساری یرقان کے باعث ہوتا ہے ۔ دو ہیئتی تعامل (biphasic reaction) شروع تو فی الفور ہوجاتا ہے لیکن محض آہستہ آہستہ نمویاب ہوتا ہے اور اس سے مخلوط قسم کے یرقان کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے

بالواسطہ تعامل (indirect reaction) ۔ اگر راست یا بلا واسطہ تعامل حاصل نہ ہو تو ایک سی سی مصل میں ۹۶ فیصدی الکحل کے ۲ سی سی شامل کرکے اس آمیزہ کا امحاض عمل میں لایا جاتا ہے ۔ اس صاف مایع کے ۱ سی ۔ سی میں ۰.۵ سی سی الکحل اور ۰.۲۵ سی ۔ سی کاشف کے ملا دئے جاتے ہیں ۔ ایک بنفشئی سرخ رنگ حاصل ہوتا ہے جو تقریباً فی الفور اعظم شدت کا ہوجاتا ہے، اور اس سے دم پاشیدہ یا سمی یا ساری یرقان ظاہر ہوتا ہے ۔ یہ کاشفات کمی طور پر بھی کئے جاسکتے ہیں (73) ۔ طبعی جولانی ۰.۲ ۔ ۰.۵ اکائی ہوتی ہے، اور اکائی یہ ہے کہ بائلی روبین ایک حصہ ۲۰۰۰۰۰ حصے میں ہو ۔

قارورہ میں صبغۂ صفراویہ کے لئے کاشفات ۔ ان کاشفات کی حقیقی خصوصیت یہ ہے کہ زرد بائلی روبین (bilirubin) کی تکسید ہوکر سبز بائلی وردین (biliverdin) بنجاتی ہے اور ایک سبز رنگ پیدا ہوجاتا ہے ۔ بعض اعمال میں دوسرے رنگوں کی جھلک بھی عارضی طور پر نمودار ہوجاتی ہے ۔ میلن کا کاشفہ (Gmelins test) حسب ذیل انجام دیا جاتا ہے ۔ ایک سپید صحفہ پر قارورہ کے چند قطرے رکھکر اس کے قریب ہی قدرے طاقتور نائٹرک ایسڈ ٹپکا دیا جاتا ہے، اور پھر ان دونوں سیالات کو

آہستہ سے ایک دوسرے کی طرف بڑھایا جاتا ہے۔ ان کے خطِ تماس پر قارورہ کا رنگ پہلے سبز پھر نیلا پھر بنفشی، پھر سرخ اور بالآخر زرد یا بھورا ہو جاتا ہے۔ رائفل (Ryffel) نے اس کاشف کی ایک ترمیم دریافت کر لی ہے جس سے صبغۂ صفراویہ کی نہایت خفیف مقداروں کی شناخت ہو سکتی ہے۔ قارورہ کو آمونیم کلورائڈ سے سیر شدہ بنا کر پھر آمونیا سے اسے قلوی بنا لیا جاتا ہے۔ اسطرح سے آمونیم یوریٹ مرسوب ہو جاتا ہے اور اگر کوئی صبغۂ صفراویہ موجود ہے تو اسے بھی ساتھ لیکر تہ نشین ہو جاتا ہے۔ اس مرسوب کو تقطیر کر لیا جاتا ہے اور تقطیری کاغذ پر باقیماندہ ثفل میں نائٹرک ایسڈ ملایا جاتا ہے۔ ہرا رنگ پیدا ہو جائے تو اس سے صبغۂ صفراویہ کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے۔

قارورہ میں ملحاتِ صفراء کی شناخت کے لئے ہے کا کاشفہ

(Hay's test) اسطرح عمل میں لایا جاتا ہے کہ ایک چھوٹی سی مخروطی صراحی میں کہ جسکو جانب سے منور کیا گیا ہو، تازہ قارورہ کی سطح پر پسی ہوئی گندھک چھڑک دی جاتی ہے۔ اگر ملحاتِ صفرا موجود ہیں تو سطحی تناؤ کم ہوتا ہے اور گندھک ڈوب جاتی ہے۔ جب گندھک پانچ منٹ کے اندر ڈوب جائے تو یہ کاشفہ مثبت سمجھا جاتا ہے (71)۔ یہ کاشفہ پہلے ناقابلِ اعتماد سمجھا جاتا تھا، لیکن اب قابلِ وثوق سمجھا جاتا ہے۔ تاہم یہ اسوقت بھی حاصل ہو جاتا ہے جبکہ روغنِ چوب صندل (sandal wood oil)، کوپیبا (copaiba)، کباب چینی (cubebs) اور تارپین (turpentine) کی بڑی مقداریں براہ دہن لی گئی ہوں۔ آنت کے اندر ملحاتِ صفرا کی موجودگی کے لیے ایک کاشفہ بیان کیا گیا ہے (74)، جس کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ وہ چربی کے جذب میں آسانی پیدا کر دیتے ہیں۔

امراضیاتِ یرقان۔ بائلی روبن دو شکلوں میں موجود ہوتی ہے:۔ یعنے (۱) ایک قلوی نمک کے طور پر، جو صفراوی رہگذروں کے اندر خارج ہوتا ہے۔ اس سے واآن ڈن برگ کا راست تعامل حاصل ہوتا ہے۔ (۲) آزاد ترشہ کے طور پر جو خون میں دوران کرتا ہے، جس سے واآن ڈن برگ کا بالواسطہ تعامل حاصل ہوتا ہے (77)۔ یہ امر پہلے بتایا جا چکا ہے کہ بائلی روبین کی پیدائش کے لیے جگر کی ضرورت نہیں، اور یہ اس واقعہ سے بھی ظاہر ہوتا ہے کہ یہ صبغہ مقامی طور پر پرانے خون کے تھکوں سے جسم میں ہر جگہ بنجاتا ہے۔ شبکی دروں طلی نظام جو کہ بائلی روبن کو بناتا ہے، اگر اسکے ذریعہ اسکے

بننے میں کوئی خرابی پیدا ہو جائے، یا اگر جسم کے اندر اتلاف خون حد سے زائد ہو اور ان خلیوں کے ذریعہ سے بائلی روبین کا بننا بہت زیادہ ہو جائے، تو یہ صبغہ سارے کا سارا جگر کے ذریعہ اخذ اور صفراء کے طور پر خارج نہ ہو سکے گا، بلکہ دوران خون کے اندر داخل ہو جائے گا۔ یہی نتیجہ اسوقت بھی پیدا ہو سکتا ہے جبکہ جگر کے خلیات نقصان رسیدہ ہو گئے ہوں۔ اس طرح پر یرقان کی تین قسمیں ہوتی ہیں:۔

(۱) دَم پاشیدہ یرقان (hæmolytic jaundice)، وہ گروہ ہے جس میں اس نام کا دموی مرض بھی شامل ہے، کیونکہ اس میں خون کے بہت زائد اتلاف کی وجہ سے بائلی روبین مصل کے اندر موجود ہوتی ہے۔ اس گروہ میں وہ یرقان شامل ہے جو کہ دوری ہیموگلوبن بولیت (paroxysmal hæmoglobinuria)، متناقض خون کے انتقال، فینائل ہائیڈرازین (phenyl hydrasine) کے تسمم، دم پاش عفونت ہائے دموی، لختی ذات الریہ، ملیریا اور یرقان نوزائیدہ (icterus neonatorum) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ متلف عدم دمویت (pernicious anæmia) کو بھی بعض اوقات شامل کیا جاتا ہے، لیکن اس میں بائلی روبین کے جمع ہونے کا سبب غالباً یہ ہوتا ہے کہ ہیموگلوبن کی تکوین کم ہوتی ہے۔

(۲) وہ یرقان جو کہ اولی کبدی نقصان رسیدگی کا نتیجہ ہو۔ اس کے اسباب یہ ہیں۔ (ا) امتلاء فشل قلب کی وجہ سے۔ (ب) جگر کا اولی مرض، مثلاً نازلتی یرقان کی اکثر اصابتیں، حاد تنخر (زرد ذبول)، ہیناٹ (Hanot) کی کبدی تشمع کثیر لختی کی بہت متاخر درجوں میں، اور بعض حالتیں جو کہ ماضی میں سمّی اور ساری کبدی یرقان کے عنوان کے تحت جماعت بندی کی گئی تھیں۔ ان میں یرقان پیدا کرنے والے حالات یہ ہیں:۔ (الف) کیمیائی سموم جیسے ٹیٹرا کلور ایتھین (tetrachlorethane) (یعنی ہوائی جہازوں کے لئے ایک وارنش)، ٹرائی نائٹرو ٹولوئین (trinitrotoluene =T.N.T.)، کلوروفارم، فاسفورس، ٹولوئیلین ڈائے امائن (toluylene-diamine)، نائٹرو بینزین (nitrobenzene)، آرسینو بینزال کے مشتقات (arsenobenzol derivatives)، آرسینیوریٹیڈ ہائیڈروجن (arseniuretted hydrogen)، گگرمتے (mushrooms)، سانپ کا تسمم

387

وغیرہ (ب) جراثیمی سموم، جیسے کہ تپ راجعہ (relapsing fever) ملیریا، گروہِ حمٰی محرقہ (enteric group) ٹائفس (typhus)، ذات الریہ، انفلوئنزا، آتشک، زرد بخار (yellow fever)، عفونت الدم، نحیف مرغولی یرقان (leptospiral jaundice) وغیرہ میں واقع ہوتے ہیں۔

(۳) تسدّدی کبدی یرقان (obstructive hepatic jaundice)۔

اس گروہ میں صفراوی قناتوں کا کوئی صریح تسدد موجود ہوتا ہے:۔ (۱) سنگہائے صفرا اور مغلظ صفرا، نہایت شاذ اصابتوں میں کیسیہ (hydatid)، کبدی خلوک (liver flukes) اور معوی قنال سے آنے والے اجسام غریبہ جن میں خراطینی مصفلد (Ascaris Lumbricoides) بھی شامل ہیں۔ (۲) قنات کا تضییق یا انطماس پیدائشی عیب یا بیت تضیقی کے باعث یا اثنا عشری یا خود قناتِ صفراء کے ماقبل تقرّح کی وجہ سے۔ قنات صفراء کی دیوار کا نازلی یا التہابی ورم یا سرطان۔ قنات کا تشنج۔ (۳) باہر سے دباؤ پڑنے کی وجہ سے پچکاؤ۔ یہ شق بابی میں کے غدد کے دباؤ سے۔ لبلبہ کے سر، معدے، قولون، گردوں، ترب مبیضین، یا رحم کے سلعات کے دباؤ سے، جگر کے پھوڑے یا کیسیہ کے دباؤ سے شکمی انورسما، مجتمع براز، یا حاملہ رحم کے دباؤ سے واقع ہوسکتا ہے۔ تسددی کبدی یرقان کی بہت سی اصابتوں میں صفراء مرارہ اور صفراوی قناتوں کو متمدد کر دیتا ہے، اور پھر عروق لمفائیہ اور عروقِ دمویہ کے اندر داخل ہوکر آخرالذکر کے اندر دوران کرتا ہے اور جلد اور دوسرے حصوں کو صفراء کے مخصوص و ممیز رنگ سے ملوّن کر دیتا ہے۔ غالباً کامل تسدد ہونا شرط نہیں ہے جس کی وجہ یہ دلچسپ واقعہ ہے کہ صفراء کا افراز نہایت ادنیٰ دباؤ کے تحت ہوتا ہے، جو اتنا کم ہوتا ہے کہ گیتی پگز میں پانی کے ۲۰ سینٹی میٹر کا دباؤ مفرزہ صفراء کو دوران خون میں واپس بھیجدیگا۔ کامل تسدد کی حالت میں (جیسی کہ مشترک قنات کے اندر ایک سنگِ صفراء سے، یا اُس پر دباؤ ڈالنے والے سلعہ سے پیدا ہو جاتی ہے) صفراء آنتوں تک نہیں پہنچ سکتا اور براز، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، سپید یا مٹی کے رنگ کا ہوتا ہے۔ جب تسدد دور ہو جاتا ہے تو علامات غائب ہو جاتے ہیں۔

اگرچہ یرقان کی اِن قسموں میں سے پہلی اور تیسری صاف طور پر متفرق ہو جاتی

ہیں (کیونکہ ان سے وان ڈن برگ کے بالواسطہ اور راست تعامل علی الترتیب حاصل ہوجاتے ہیں) لیکن معاصر گروہ کے افراد سے عموماً دوہیئتی تعامل حاصل ہوتا ہے۔ گزشتہ زمانہ میں ایسی اصابتوں کے یرقان کا سبب نسبتہً چھوٹی صفراوی قناتوں کا التہاب سمجھا جاتا تھا، اور اسواسطے ایسے یرقان کو تسددی سمجھتے تھے لیکن بُروُلے (Brule) اِس رائے پر اعتراض کرتا ہے اور بتلاتا ہے کہ بعض اوقات صرف لحماتِ صفرا دوران خون میں محتبس ہوتے ہیں، اور کبھی صرف صبغاتِ صفراویہ [یہ مفترق یرقان = dissociated jaundice کی دو قسمیں ہیں] لہذا یقیناً خود کبدی خلیات ماؤف شدہ ہوتے ہیں (74)۔ وہ اُس یرقان کو جو کہنت، ارتجاج یا مرض قلب کے امتلاکے باعث ہو اُسی گروہ سے متعلق سمجھتا ہے۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ تسددی یرقان میں دموی فاسفوٹیس (phosphatase) زیادہ ہوجاتا ہے، اور یہ امر تشخیص میں مدد دے سکتا ہے۔ (75)۔

مخفی یرقان (latent jaundice) کے یہ معنے ہیں کہ خون میں بائلی روبین تو ہوتی ہے لیکن اتنی کافی نہیں کہ تمثیلی زرد رنگ پیدا کرسکے یا گردوں سے بائلی روبین کا اخراج کراسکے۔ ایسی اصابتوں میں قارورے کے اندر عموماً یوروبائلین کی وافر مقدار موجود ہوتی ہے، جو غالباً بافتوں کے ذریعہ سے بائلی روبین کی تبدیل ہیئت ہونے سے حاصل ہوتی ہے۔ تاہم یہ امر یاد رکھنا چاہئے کہ جب بائلی روبین بولیت نمایاں ہو تو یوروبائلین بولیت عام طور پر مفقود ہوتی ہے۔ مخفی یرقان مرض قلب میں موجود ہوسکتا ہے اور اُس سے فشل قلب کے آغاز پر دلالت ہوسکتی ہے۔ اُس کی موجودگی نتلف عدم دمویت کو اُس ثانوی عدم دمویت سے جو نزف کے باعث ہو، ممیز کردے گی۔ آرسینوبنزال سے علاج کے بعد، اور مختلف ساری امراض میں ممکن ہے کہ مخفی یرقان اِس امر کی دلالت ہو کہ جگر کو نقصان پہنچا ہے۔ کہنت میں وہ نہایت عام طور پر موجود ہوتا ہے۔

یرقان نوزائیدگان (icterus neonatorum)۔ نوزائیدہ بچوں میں یہ یرقان کم عام نہیں ہے۔ وہ صرف چند دن یا ایک دو ہفتے تک رہتا ہے۔ اور اُسکے ساتھ کوئی علامات نہیں ہوتے۔ صبغہ صفراویہ، جیساکہ وآن ڈن برگ کے بالواسطہ امتحان سے

ظاہر ہوتا ہے' دروں رحمی زندگی کے تقریباً پانچویں ماہ میں قابل تخمین مقداروں میں خون ان کے اندر نمودار ہونا شروع ہوتا ہے' اور یہ عمل فعلیاتی دم پاشیدگی کا نتیجہ ہوتا ہے'. جو کہ پیدائش کے بعد دفعتہً بڑھ کر یرقان پیدا کر دیتا ہے ۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ مادری جگر جنین کے اندر دم پاشیدگی کو روکنے میں ممد ہوتا ہے' اور یہ کہ پیدائش کے بعد شیر خوار بچہ کا جگر اپنے کامل مانع دم پاشیدگی وظیفہ کو بہت آہستہ اختیار کرتا ہے (ملاحظہ ہو متلف مدم دمویت) ۔ یہ زرد رنگ پہلے چہرہ اور دھڑ کو اور ازاں بعد جوارح کو متاثر کرتا ہے' اور اگر سرخ جلد کو دبا کر خون کا رنگ خارج کر دیا جائے تو یہ شناخت ہو جاتا ہے ۔ براز عموماً طبعی ہوتا ہے' اور پیشاب کا رنگ صبغۂ صفراویہ سے رنگین نہیں ہوتا' الا شدید تر اصابتوں میں مریض شفایاب ہو جاتے ہیں اور کسی علاج کی ضرورت نہیں پڑتی ۔

388

نوزائیدہ کا خطرناک خاندانی یرقان (familial jaundice)-

یہ حالت ایک ہی خاندان کے کئی افراد کو متاثر کرتی ہے ۔ یرقان پیدائش کے بعد پہلے دن یا بعض اوقات دوسرے دن شروع ہو کر اسکی شدت بہ سرعت بڑھ جاتی ہے ۔ غنودگی موجود ہوتی ہے' اور وزن گھٹ جاتا ہے ۔ شیر خوار بچہ تقریباً چودھویں دن اکثر تشنجات کے ساتھ' مر جاتا ہے ۔ پیشاب میں یوروبائلین اور اکثر بائلی روبین موجود ہوتی ہے بعض اوقات نزفات دیکھے جاتے ہیں ۔ پاخانوں کا رنگ طبعی ہوتا ہے ۔ جگر اور طحال بعض اوقات بڑھے ہوئے ہوتے ہیں ۔ علاج یہ ہے کہ ماں کے مصل کے ۵ تا ۱۵ سی سی کا دروں عضلی اشراب روزانہ بچہ کے تئیں بہم کیا جائے یہاں تک کہ اس کے خون میں صبغۂ صفرا کم ہو جائے ۔ یہ مصل مانع دم پاشیدگی ہوتا ہے ۔ اس علاج کیساتھ انذار اچھا ہوتا ہے (90)- یرقان کی دوسری اصابتیں جن کی تفریق کرنی چاہئے' یہ ہیں خاندانی بے صفرا بولی یرقان (familial acholuric jaundice)' جس میں "مریض بہ نسبت قئے کرنے کے یرقانی زیادہ ہوتے ہیں"۔ صفراوی قناتوں کا پیدائشی انطماس (congenital obliteration of the bile ducts)' جو سفید پاخانوں اور صفراوی کہبت کے ساتھ متلازم ہوتا ہے' اور جس میں جگر سخت ہو جاتا ہے ۔ پیدائشی آتشک (congenital syphilis)- یرقان ساری

(infective jaundice)، جس میں ایک صریح منبع سرایت موجود ہوتا ہے اور تپش بلند درجہ پر ہوتی ہے۔

استسقاءِ شکمی

(ascites)

اس اصطلاح سے کہفۂ باریطونی کے اندر مصلی سیال کی موجودگی مراد ہے۔ مصلی کہفوں میں کے دوسرے انصبابات کی طرح یہ بھی عموماً قلوی ہوتا ہے، اس کا رنگ پھیکا پوال کے رنگ جیسا، اور کثافتِ اضافی ۱۰۱۵ تا ۱۰۱۸ ہوتی ہے، یہ نہایت البیومینی ہوتا ہے اور اس میں کلورائڈز موجود ہوتے ہیں۔ یہ اسبابِ ذیل کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے :- (۱) بابی دورانِ خون کے تسدد سے، جو ورید الباب کے تنہ میں ہو یا جگر کے اندر اس کی توزیع میں ہو۔ (۲) امراضِ باریطون کے نتیجہ کے طور پر۔ اور (۳) مرضِ گردہ یا مرضِ قلب کے استسقائے کُل کے جزو کے طور پر۔

ورید الباب کا تنہ، شقِ بابی میں رسولیوں اور بڑھے ہوئے غدد کے دباؤ سے، خود جگر کے اندر کے سرطان، پھوڑے، یا کیسہ سے، یا ورید الباب کے اندر خون کی ترویب (علقیت، التہابِ وریدِ الباب) سے متسدد ہوسکتا ہے۔ جگر میں بابی تسدد کا خاص سبب کہبت کی لیفی بیش بالیدگی سے بین لختی اوردہ کا انضغاط ہے۔ بعضوں کا خیال ہے کہ بابی تسدد استسقاءِ شکمی کا کافی سبب نہیں ہوسکتا، اور وہ استسقاءِ شکمی کو ان سمیات سے منسوب کرتے ہیں جو مرضی جگر میں پیدا ہوجاتے ہیں، یا آنت سے جذب ہوکر جگر میں تلف نہیں ہوتے۔ بابی تسدد کا ایک دوسرا سبب التہابِ غلافِ کبد ہے۔ تسدد کی ایک تیسری قسم قلب اور شش کے امراض کی مختلف قسموں سے پیدا ہوجاتی ہے، جن میں قلب کی دائیں جانب متسع ہوجاتی ہے اور خون کے سینہ میں سے ہوکر گزرنے میں مزاحمت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 146)۔

استسقاءِ شکمی پیدا کرنے والے باریطونی امراض یہ ہیں :- حاد اور مزمن التہابِ باریطون، تدرنی التہابِ باریطون، اور باریطون کا سرطان۔

مرض برائیٹ میں دوسرے مسلی کیفوں کے ساتھ ساتھ باریطون میں محل انصباب ہوتا ہے۔

طبیعی امارات شکم بڑا ہو جاتا ہے، اور زیادہ استسقائے شکمی کے ابتدائی درجوں میں وہ عموماً ننیدہ ہوتا ہے اور اُس کی شکل گلو بچہ نما ہونے کا رجحان رکھتی ہے، جس میں سامنے کی سمت ایک قطعی اُبھار ہوتا ہے۔ ازاں بعد شکم کی دیواریں کھنچکر پھیل جاتی ہیں، اور جب مریض بستر میں لیٹتا ہے تو سیّال قوتِ جاذبہ کے اثر سے پیچھے کی طرف بہ کر ہر پہلو میں جمع ہو جاتا ہے، جس سے پیٹ کی شکل زیادہ چوڑی اور زیادہ چپٹی ہو جاتی ہے۔ اِسوقت جو مائع پیدا ہوتا ہے اُس کی مقدار ۳، ۴، یا ۵ گیلن ہو سکتی ہے، اور شکم اِسی تناسب سے بڑا ہو جاتا ہے چنانچہ اُس کا محیط ۴۰ تا ۴۲ انچہ یا زائد ہو سکتا ہے سیّال کی موجودگی امتحان کے تین طریقوں سے معلوم ہو سکتی ہے، جو قرع، تموّج، اور انتقال موضع ہیں۔

قرع شکم کی سطح طبعی طور پر گمکی ہوتی ہے، جس کا سبب یہ ہے کہ معدے اور آنتوں میں ہوا موجود ہوتی ہے۔ لیکن جب سیّال پیدا ہوتا ہے تو یہ پہلے پہلوؤں اور خشلی خطے میں جمع ہو جاتا ہے، چنانچہ اِن حصوں کے قرع کرنے پر ایک اصم آواز نکلتی ہے، درآنحالیکہ شکم کا مرکزی حصہ گمکی رہتا ہے۔ اگر مریض کو کسی ایک کروٹ پھرا کر پھر قرع کیا جائے تو معلوم ہوگا کہ اگلے اور مرکزی خطّے اصم ہو گئے ہیں، اور وہ پہلو، جو اب سب سے اوپر ہے گمکدار ہے۔ اِس کا سبب یہ ہے کہ سیّال قوت جاذبہ کی وجہ سے اسفل ترین حصہ میں بہ جاتا ہے اور ہوا سے بھری ہوئی آنت بلند ترین حصے میں تیرنے لگتی ہے، اور ایسا ہونا باریطون کے اندر سیّال کی موجودگی کا سب سے زیادہ قطعی ثبوت ہے، اور استسقائے شکمی کے لئے نہایت ہی نازک کاشفہ بہم پہنچاتا ہے۔

تموّج حاصل کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ شکم کی ایک جانب پر ایک ہاتھ رکھا جائے اور دوسری جانب کو اُنگلی سے تیزی کے ساتھ تھپ تھپایا جائے۔ ایسا کرنے سے شکم پر رکھے ہوئے ہاتھ کو شکم کے وارپار انتقال موج کا احساس ہوتا ہے۔ یہ امارت متذکرہ صدر امارت کی نسبت کم یقینی ہے۔ نہایت چربیلی شکمی دیواریں سیّال کی موجودگی کے بغیر بھی انتقال موج واقع کر سکتی ہیں، چنانچہ اس کو روکنے کے لئے تموّج کی

389

آزمائش کرتے وقت ہاتھ کی یا کسی کتاب یا دفتی کی کور شکم کے مرکز میں رکھ دینی چاہئیے۔

(انتقالِ موضع کے طریقہ کا استعمال محض محدود ہوتا ہے، لیکن بعض اصابتوں میں اس سے استسقاءِ شکمی کی شہادت اس سے بہت جلد ملجاتی ہے کہ جتنی جلد قرع یا تموج کے ذریعہ ملتی ہے۔ اگر استسقاءِ شکمی کی کسی اصابت میں جگر بڑھا ہوا ہو تو وہ استسقاءِ شکمی سیّال میں ڈوب جاتا ہے اور سیّال کی تھوڑی مقدار اس کی اگلی سطح اور دیوارِ شکم کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ شکم کے اس مقام پر انگلیاں رکھکر انھیں یکایک اندر دبا دینے سے یہ سیّال ہٹ جاتا ہے اور ممکن ہے کہ جگر کی سطح محسوس ہو سکے یہ سیّال کی موجودگی کا ایک ثبوت ہے، کیونکہ اگر وہاں کوئی سیّال نہوتا تو جگر اگلی دیوارِ شکم کے بالکل ساتھ لگا ہوا ہوتا۔

لیکن بعض اوقات مختلف الاقسام دُویروں میں سے کسی ایک قسم سے جو شکمی یا حوضی احشاء کے ساتھ تعلق رکھتی ہو، یا حاملِ رحم سے، یا متمدد مثانۂ بولی سے استسقاءِ شکمی کا تشابہ ہوجاتا ہے۔ یہ دُویرے مبیضی، بر مبیضی (parovarial)، کیسیتی اور کلوی دویرے ہوتے ہیں۔ اگر قرعی کا تشفہ کامیاب ہے تو یہ خارج از بحث ہوجاتے ہیں۔ اس کے خلاف ممکن ہے وہ تموجی کا تشفہ ظاہر کریں۔ اور اگر پوری سطح اصم ہے تو ممکن ہے کہ ان میں سے کسی ایک میں اور ایسے استسقاءِ شکمی میں تفریق مشکل ہوجائے جسمیں آنتیں جکڑی ہوئی ہوتی ہیں مبیضی دویرے کی خاص شناخت یہ ہے کہ ہر حالت میں شکم سامنے سے اصم اور پہلوؤں میں گمگدار ہوتا ہے کیونکہ آنتوں کو دُویرہ اور اس کی وجہ سے پیدا ہونے والا ورم دبا کر پہلوؤں میں ہٹا دیتا ہے (یہ ورم ایک جانب پر شروع ہوتا ہے گو بعد میں مرکزی ہوجاتا ہے)۔ نیز یہ بھی شاذ نہیں کہ دُویرے کا خاکہ سب سے اوپر والے حصہ میں شناخت میں آجاتا ہے، بالخصوص جبکہ اس کی جستجو حرکاتِ تنفس کے دوران میں کی جائے۔

کیلوسی اور کیلوسیئ الشکل استسقاء شکمی (chylous and chyliform ascites)۔ استثنائی اصابتوں میں کہنہ باریطونی کے اندر کا سیّال بجائے صاف مصلی ہونے کے دھندلا دودھیئے رنگ کا ہوتا ہے۔

بعض اوقات یہ باریطون میں قناتِ صدری یا لبنی عروق سے کیلوس کی وعابدری کے باعث ہوتا ہے، اور یہ وعابدری عروق کے انشقاق کی وجہ سے

ہوتی ہے یا ان کے تسدد کی وجہ سے ہوتی ہے جو کہ مرض یا طفیلیات کی موجودگی (ملاحظہ ہو فلاریت = filariasis) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہی حقیقی کیلوسی استسقاء شکمی ہے۔
ایسی حالت میں سیال کا رنگ زردی مائل سپید ہوتا ہے، اس کی کثافت اضافی ۱.۱۲ یا زائد ہوتی ہے، اور بُو کا انحصار اس غذا پر ہوتا ہے جو لی جا رہی ہو۔ یہ سیال ٹھہرا رہے تو اس کی چربی جدا ہو کر سطح پر ایک ملائی جیسی تہ بنا دیتی ہے۔ خوردبین کے نیچے شحمی گلوبچے نظر آتے ہیں، مگر خلوی عناصر بہت تھوڑے ہوتے ہیں۔ جسم سے نکال لینے کے بعد ممکن ہے کہ اس میں فائبرن کا ایک تھکا بن جائے۔
ان اصابتوں کے ایک دوسرے گروہ یعنے کیلوسئی الشکل استسقاء شکمی یا کاذب کیلوسی استسقاء شکمی (pseudo-chylous ascites) میں سیال خالص دودھیا سپید ہوتا ہے اور اس کی کثافت اضافی ۱.۱۲ سے کم ہوتی ہے۔ چربی کی مقدار مختلف ہوتی ہے، ممکن ہے کہ وہ سطح پر ایک ملائی جیسی تہ بنا دے، یا محض اس کے خفیف سے آثار ہوں لیکن بہرحال اس کا دودھیا پن چربی کے سبب سے نہیں بلکہ لیسی تھین (lecithin) اور گلابولین (globulin) کے ایک مرکب کے دقیق ذرات کی وجہ سے ہوتا ہے جنھیں غیر نامیاتی نمکیات معلق رکھتے ہیں۔ خوردبین کے نیچے چربی دار خلوی عناصر موجود مل سکتے ہیں۔ لیسی تھین کی موجودگی کی وجہ سے یہ سیال گندیدگی سے عرصۂ دراز تک متاثر نہیں ہوتا۔
کیلوسئی الشکل انصبابات کسی ایک امراضیاتی حالت کے ممیز نہیں ہوتے، لیکن ان اصابتوں کی اکثریت میں یا تو جگر کا سرطان، یا تدرن، یا کہبت، یا گردے کا مزمن التہاب پایا گیا ہے۔ اور عام طور پر انذار بُرا ہوتا ہے۔
ممکن ہے کہ کیلوسی اور کیلوسئی الشکل مائع دونوں دوسرے مصلی کہفوں میں بھی ہمزماں طور پر پیدا ہو جائیں۔ اور جب تک کہ ایک یا دوسرے کہفہ پر بزل کا عمل نہ کیا جائے، یہ معلوم کرنے کا کوئی دوسرا ذریعہ نہیں کہ آیا انصباب اسی قسم کا ہے جو زیر بحث ہے۔

390

جگر کے امراض

خراج

امراضیات ۔ جگر کے پھوڑے کسی عفن عامل کے داخلہ کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں، جو مندرجۂ ذیل راستوں میں سے کسی ایک کی راہ سے داخل ہوجائے : ۔ شریان کبدی، ورید الباب، یا تقیحی التہاب قناتِ صفرا (suppurative cholangitis) (جو ملاحظہ ہو) میں صفراوی قناتیں ۔

پہلی حالت میں وہ ایسے عام تقیح الدم کا ایک جزو ہوتے ہیں، جیسا کہ جسم کے کسی حصے میں زخم یا تضرر لگنے سے، لیکن بالخصوص سر کے تضررات سے پیدا ہوجاتا ہے۔ وہ چھوٹی جسامت والے اور بے شمار، یا کم از کم متعدد ہوتے ہیں اُنکو تقیح الدمی خراج (pyæmic abscesses) کہتے ہیں ۔

ورید الباب اِس سے بھی زیادہ تعداد کی اصابتوں میں خراج پیدا ہونے کا باعث ہوتی ہے، اور جیسا کہ تقیحی التہاب ورید الباب (suppurative pylephlebitis) کے بیان میں (جو ملاحظہ ہو) اور مداری زحیر (tropical dysentery) کے بیان میں درج کیا گیا ہے، عفن عاملات ورید الباب کے رقبہ میں کے ضررات سے منتقل ہوجاتے ہیں ۔ یہ پھوڑے منفرد، چند، یا متعدد ہوتے ہیں ۔ جب یہ متعدد ہوں تو اِس حالت کو بابی تقیح الدم (portal pyæmia) کہہ سکتے ہیں ۔ بعض اوقات ورید الباب اور اُس کی شاخیں شکستہ و ریختہ ریمی تھکے سے پُر ہوتی ہیں، اور ورید کی دیواریں ملتہب ہوکر تقیحی التہاب ورید الباب پیدا کردیتی ہیں ۔

جگر کے پھوڑے جسامت میں ایک الپین کے سر سے لیکر فندق (hazelnut) کی جسامت تک مختلف ہوتے ہیں ۔ اُن میں پختہ پیپ، یا غسلینی مائع اور چورہ یا زباد جیسم غشیثات ۔ جو ابھی علٰحدہ ہوئے ہوں، موجود ہو سکتے ہیں ۔ جن اصابتوں کی ابتدا

التہاب وریدالباب سے ہوتی ہے اُن میں یہ دکھلانا آسان ہوسکتا ہے کہ تقیح زیادہ تر وریدالباب کی توزیع کے ممر میں واقع ہے۔ جہاں پھوڑے جگر کی سطح کے قریب پہنچ جاتے ہیں، جگر کا کیسہ اکثر ملتہب ہوتا ہے۔

علامات - جگر کے متعدد پھوڑوں والی اصابتیں اکثر بہت مبہم ہوتی ہیں' بالخصوص اُسوقت جبکہ وہ تقیح الدم جیسے عمومی مرض کا جزو ہوں۔ اُن میں سے شدید تپی اختلال ہوتا ہے' جس کے ساتھ عادتی قسم کا بخار' نبض سریع' خشک بھوری یا فرداری زبان' اور جلد ہی پیدا ہونے والا انبطاح ہوتا ہے۔ قیئے اکثر موجود ہوتی ہے لیکن آنتوں کا فعل مختلف ہوتا ہے؛ یعنے کبھی تو قبض ہوتا ہے اور کبھی اسہال۔ جگر زیادہ تر بڑھا ہوا ہوتا ہے' اور بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ ناف کے لیول تک پہنچ جائے۔ وہ دردناک اور الیم ہوتا ہے۔ یرقان بعض اوقات موجود ہوتا ہے لیکن اُس کا موجود ہونا لازمی نہیں۔ غالباً اُس کے پیدا ہونے کے لئے ضروری ہے کہ کوئی بڑی صفراوی قنات پھوڑے سے مضغوط' یا سنگہائے صفراسے مسدود ہوجائے۔ صبغۂ صفراء کے لحاظ سے بول و براز کی حالت' بلاشبہ اِسی کے لحاظ سے مختلف ہوگی۔ مدتِ مرض ایک سے کئی ہفتے تک ہوتی ہے' لیکن اختتام یقیناً ہلاکت خیز ہوتا ہے۔

تشخیص - اِس کا انحصار اِس حقیقت پر ہونا چاہئے کہ بڑھا ہوا جگر ایک حادعمل سے ماؤف ہوتا ہے' جس کے ساتھ شدید عمومی تسمم الدم ہوتا ہے' بالخصوص اُسوقت جبکہ اِن علامات کے ساتھ کوئی ایسا ضرر بھی ہو جو بطور اوّلی سبب کے شناخت کیا جائے۔

علاج - بیشتر علاماتی ہونا چاہئے۔ تغذیہ کونین اور مہیجات کے ذریعہ سے عام حالت کی اصلاح کی کوشش کرنی چاہئے۔ تخفیف درد کے لئے افیون اور مقامی لاسقات پولٹسوں' تکمیدات' وغیرہ کی ضرورت ہوگی۔

معمولی ساری کبدی یرقان

(common infective hepatic jaundice)

[نازلتی یرقان (catarrhal jaundice) ' حاد التہاب جگر (acute hepatitis)]

یہ اِن عام ترین شکلوں میں ایک شکل ہے کہ جن میں یرقان واقع

ہوتا ہے ۔ نازلتی یرقان کا نام اس اعتقاد سے پیدا ہوا کہ یہ صفراوی حلیمہ کے مقام پر تسدد پیدا ہو جانے کا نتیجہ ہے ۔ جو کہ کارضی مخاطیا غشا، مخاطی کے ورم سے واقع ہوتا ہے ۔ یہ ناممکن نہیں کہ بعض اصابتیں اسی قسم کے سبب سے ہوں ۔

بحث اسباب ۔ ساری کبدی یرقان بالخصوص اوائل زندگی میں کثیر الوقوع ہے ۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ معدی اثنا عشری نازلت کے علامات موجود ملیں ۔ ساری کبدی یرقان کے ساتھ اکثر یرقان کی ان مشہور مثالوں کو بھی شامل کر لیا جاتا ہے جو خوف کی وجہ سے ہو جاتی ہیں، ان کے خاص مظاہر تو بہر حال ساری کبدی یرقان سے مماثل ہوتے ہیں ۔

معمولی ساری کبدی یرقان اکثر وباؤں کی صورت میں دیکھا گیا ہے جبکہ اس کو وبائی یرقان (epidemic jaundice) کہا جاتا ہے ۔ ان میں سے بہت سی وباؤں میں صرف بچوں پر یا خاصکر بچوں پر حملہ ہوتا ہے ۔ نسبتاً کم مثالوں میں بالغ اشخاص سب سے زیادہ مبتلا ہوتے ہیں ۔ نہ تو انفرادی اصابتوں کو اور نہ وبائی اصابتوں کو اب تک متعین جرثیمات کے ساتھ منسوب کیا گیا ہے لیکن جہاں مرارہ اور صفراوی گذرگاہوں کو معائنہ کرنے کا موقع ملا ہے وہاں یہ صفراء سے خالی پائے گئے ہیں، جو اس امر پر دال ہے کہ کبدی افراز بند ہو گیا ہے، جس کی وجہ حاد التہاب جگر ہے، اور بلاشبہ یہ مرض کا اصل سبب ہے ۔ تاہم اثنا عشری التہاب معکوس طور پر صفراء کے بہاؤ کو روک سکتا ہے، اور اسطرح چند اصابتوں میں سبب مرض ہو سکتا ہے (76) ۔ ساری یرقان جو پیچ مویانہ مبداء کا ہوتا ہے، پہلے بیان کیا گیا ہے ۔

391

علامات ۔ ممکن ہے کہ یرقان سے تین یا چار ہفتے پہلے مریض کو سوء ہضم، معدے میں گرانی، درد، اور ریحیت، اور شائد ساتھ ہی کبھی کبھی قئے بھی ہو اور دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ مخصوص اقسام کی غذا غیر معمولی کثرت کے بعد ہو لیکن نہایت کثیر التعداد مثالوں میں مریض کو اپنی بیماری کا کوئی حال بالکل معلوم نہیں ہوتا تاوقتیکہ جبتک کہ وہ خود آئینہ میں نہ دیکھ لے یا دوستوں سے نہ سن لے کہ اس کی جلد میں زرد رنگ کی جھلک پیدا ہو رہی ہے ۔ کبھی کبھی یرقان سے پہلے جوارح میں شدید درد ہوتا ہے ۔ یا اصابت ترقی پا کر جگر کے حاد تنخر کی اصابت بنجاتی ہے ۔ جلد اور

ملتحمات چشم شوخ زرد رنگ کے ہوجاتے ہیں۔ پیشاب کا رنگ مسبغہ صفرا کی زردی مائل بھورا ہوتا ہے' اور اس میں کیٹونی اجسام (ketone bodies) موجود ہیں۔ براز پھیکے یا مٹیالے رنگ کا ہوتا ہے مصل سے عموماً وان ڈن برگ کا ... کاشفہ یا دو ہیئتی تعامل حاصل ہوتا ہے۔ تپش عموماً طبعی درجہ پر ہوتی ہے' اور ممکن ہے کوئی بنیئی اختلال نہ ہو اور مریض اپنا معمولی کام کاج کرنے کے قابل ہو لیکن اکثر اوقات وہ کسلمند ہوتا ہے' محنت کرنے کو طبیعت نہیں چاہتی' بھوک خراب اور کسیقدر متلی ہوتی ہے۔ کبدی خطے میں بیشتر کوئی درد نہیں ہوتا' بلکہ الیمیت تک نہیں ہوتی لیکن کبھی کبھی یہ دونوں معتدل درجہ میں موجود ہوسکتے ہیں۔ جگر بھی اکثر بالکل بڑھا ہوا نہیں ہوتا لیکن بعض اوقات اس کی اعمیت پسلیوں کے حاشیے سے ایک یا دو انگشت نیچے تک پہنچ جاتی ہے' اور پھر اس کی کور اور متمدد مرار بھی محسوس ہو سکتا ہے۔ آنتوں کی حالت مختلف ہوتی ہے' اکثر تو قبض ہی ہوتا ہے لیکن کبھی کبھی غیر بستہ پاخانے ہوتے ہیں ممکن ہے کہ نبض غیر متاثر ہو لیکن خاص طور پر یرقان کی اسی شکل میں غیر معمولی طور پر سست نبضیں پائی گئی ہیں علالت دو سے پانچ یا چھ یا زائد ہفتوں تک جاری رہتی ہے' اور یرقان بتدریج رفع ہوتا ہے۔ پہلے پیشاب کا رنگ طبعی ہوتا ہے' اور آہستہ آہستہ جلد کی رنگت بھی درست ہو جاتی ہے۔

وبائی شکل میں مدت حضانت تین سے لیکر پانچ ہفتہ تک ہے۔

تشخیص۔ کبھی کبھی یرقان شروع ہونے سے پہلے تشخیص ممکن ہوتی ہے' کیونکہ ممکن ہے کہ کلانی جگر' جو ایک سریع الوقوع امارت ہے' جگر کی وظیفی کارکردگی کے کاشفات عمل میں لانے کا خیال پیدا کرے' اور ان کاشفات سے وظیفی قلت پائی جائے۔ ایک نوعمر شخص میں جو پہلے تندرست تھا' یا جسے زیادہ سے زیادہ کسی معدی اختلال کی شکایت تھی' یرقان کا بلا درد یا تقریباً بلا درد حملہ ہونا' بالعموم اسے اس یرقان سے ممیز کرتا ہے جو سنگہائے صفرا' سرطان' اور کہبت' یا دوسرے نہایت عام اسباب کے باعث ہو۔ اگر یرقان پانچ یا چھ ہفتوں سے زائد جاری رہے تو مندرجہ بالا تین میں سے کسی ایک کے مرض کے امکان پر' یا نسبتہً زیادہ عمومی التہاب قنات صفراوی کے امکان پر غور کرنا چاہئے۔ وبائی شکل کو خفیف مرغولی یرقان سے متفرق کرنا چاہئے

جو ملاحظہ ہو) ۔ خون شماری سے مدد مل سکتی ہے ۔ اول الذکر میں، شاید پہلے چند دنوں کو چھوڑ کر باقی مدت میں، یک نواتی خلیات کی زیادتی ہو جاتی ہے ۔ آخر الذکر میں کثیر نواتی خلیات ابیض کی کثرت ہوتی ہے ۔

انذار ۔ حاد تنخر کے آغاز کی شاذ استثناء کے سوائے باقی صورتوں میں انذار بالکل امید افزا ہے ۔

علاج ۔ اگر بخار نہ ہو تو مریض کو بستر پر لٹائے رکھنے کی ضرورت نہیں لیکن اُسے ایسی غذا دینی چاہئے جس میں کثرت سے کاربوہائیڈریٹ اور خاصکر گلوکوس ہو اور شحوم اور لحمیات سے پرہیز کرانا چاہئے ۔ اور اگر ضرورت ہو تو ایک ملح ملین دیدینا چاہئے ۔

جگر کا حاد تنخر
(acute necrosis of the liver)

حاد اصفر ذبول (acute yellow atrophy)

اِس عجیب مرض میں جگر کی بافتوں کا سریع انحطاط واقع ہو جاتا ہے اور اُسکا طبعی حجم گھٹ کر جسامت میں دو ثلث بلکہ نصف رہ جاتا ہے ۔

392

بحث اسباب ۔ یہ ذکور کی نسبت اناث میں زیادہ عام ہوتا ہے، اور مریضوں کی اکثریت کی عمر تیس سال سے نیچے کی ہوتی ہے، اگرچہ یہ بچوں میں نہایت شاذ ہوتا ہے ۔ فی الحقیقت ہر عمر میں یہ مرض نہایت شاذ ہوتا ہے ۔ اِس کے آغاز سے پہلے اکثر شدید ذہنی اختلالات واقع ہوتے ہیں اور اس کی بہت سی اصابتیں ایسے اشخاص میں واقع ہوئی ہیں جنہوں نے اوباشانہ زندگی بسر کی ہے، یا ایسے اشخاص میں جو آتشک میں مبتلا ہو چکے ہیں، یا ایسی عورتوں میں جو حاملہ ہیں ۔ نیز یہ ایک جراحی عملیہ کے بعد چوبیس یا اڑتالیس گھنٹوں کے اندر واقع ہو گیا ہے، اور یہ عملیہ بیشتر ایک شکمی عملیہ تھا، جو کلوروفارم کے زیر اثر انجام دیا گیا ۔ سمی یرقان پیدا کر دینے والا حاد تنخر ٹرائے نائٹرو ٹولوئین (trinitrotoluene) (T. N. T.)، ٹیٹرا کلوری تھین (tetrachlorethane) (aeroplane dope)، آرسینو بینزال کے مشتقات

(arsenobenzol derivatives) (ملاحظہ ہو صفحہ 117) ' اور فینائل سنکونینک ایسڈ (phenyl-cinchoninic acid) (ملاحظہ ہو نقرس: Gout) کے تسمم سے اور خفیف مرغولی یرقان کی اصابتوں میں پیدا ہو جاتا ہے ۔ ممکن ہے حاد تنخر اور کہبت کبد (cirrhosis of the liver) در اصل ایک ہی عمل یعنی کبدی خلیات کے تسمم کی مختلف ہیئتیں ہوں جو پہلی صورت میں حاد اور دوسری میں نہایت مزمن ہوتا ہے ۔ مزید برآں ان دونوں کی درمیانی خلیج کو تحت الحاد ذبول (subacute atrophy) یا کثیر گرہکی بیش تکوین (multiple nodular hyperplasia) کی اصابتوں کا ایک پورا گروہ پاٹتا ہے ۔ نیز یہ امر کہ بعض اصابتوں میں اس کا ابتدائی منبع معمولی ساری یرقان ہوتا ہے ' پہلے بیان کیا جا چکا ہے ۔ حیاتی کیمیائی تغیرات کبدی وظیفہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں ۔

مرضی تشریح ۔ ۱ ۔ حاد قسم ۔ حاد ترین اصابتوں میں جگر بڑا ہوتا ہے اور اُس کا رنگ کیا سی زرد ہو جاتا ہے ۔ جب مرض اسقدر زیادہ حاد نہ ہو تو جگر جسامت میں بہت کچھ گھٹا ہوا ہوتا ہے ' اور ممکن ہے کہ اُس کا وزن صرف ۳۰ یا ۲۸ اونس ہو ۔ وہ نرم ' پلپلا اور تقریباً سیال کی تھیلی جیسا ہوتا ہے ' اور اُس کا کیسہ ' جو جھری دار ہوتا ہے ' اپنے مافیہا کے لئے بہت بڑا معلوم ہوتا ہے ۔ تراشنے پر جگر زرد رنگ کا نظر آتا ہے جس میں کسیقدر شوخ سرخ رنگ کی چکتیاں ہوتی ہیں ' یا بعض حصوں میں وہ بالکل سُرخ ہوتا ہے اور بعض میں پورا زرد ۔ اصلی تغیر ایک ذراتی یا شحمی انحطاط ہے ' جس سے کبدی خلیے کم و بیش بالکل تلف ہو جاتے ہیں ۔ یہ تنخر لختک کے مرکزی منطقوں میں شروع ہوتا ہے ۔ جگر کے زرد حصوں میں یہ اتلاف کم ترقی یافتہ ہوتا ہے ' اور شاید وہاں چند صفراء آلود خلیات ملیں ۔ سُرخ حصوں کی رنگت بافت کے نسبتاً زیادہ کامل تنخر کی وجہ سے ہوتی ہے ' یہانتک کہ عروق ہی جرم جگر کے واحد قائم مقام رہ جاتے ہیں ۔ خوردبین کے نیچے ہمیں اکثر البیومینی مادے ' چربی اور صبغہ کے ذرات اور چربی کے زیادہ بڑے گلوبچوں کے سوائے اور کچھ نظر نہیں آتا ۔ جگر میں لیوسین (leucin) اور ٹائروسین (tyrosin) بھی پائے جاتے ہیں ' اور موت کے چند گھنٹے [illegible] ان کا قلب [illegible] گی ۔ صفراوی قناتیں خالی ' اور

صبغۂ صفرا سے رنگین ہوتی ہیں۔ مادہ بھی خالی ہوتا ہے، یا اُس کے اندر لزج رمادی مخاط کی تھوڑی سی مقدار موجود ہوتی ہے۔

دوسرے احشاء میں بھی شحمی انحطاط واقع ہوجاتا ہے، بالخصوص گردوں میں (جن میں خلیات مفرزہ ذراتی یا شحمی ہوتے ہیں)، اور قلب اور عضلات میں۔ جلد کے نیچے مخاطی جھلیوں میں، مصلی جھلیوں کے نیچے، گردوں میں، اور دوسرے حصوں میں نشانات پائے جاتے ہیں۔

۲۔ تحت الحاد ذبول یا کثیر گرھکی بلیش تکوین۔ جگر جسامت میں اتنا کم نہیں ہوتا، اور کبدی بافت کی باز تکوین ایک ممتاز خاصہ ہوتا ہے۔ زرد رنگ کی غدی سلعے نما گرہکیں لیفی بافت کے ہیکل میں جمی ہوئی دکھائی دیتی ہیں۔ اُن کا چھوٹا یا بڑا ہونا باز تکوین کی مقدار پر منحصر ہوتا ہے، اور خوردبین سے دیکھنے پر اُنمیں نو تکوین یافتہ کبدی خلیے اور صفراوی قناتیں موجود ملتی ہیں، اگرچہ تنخری خلیے بھی بکثرت موجود ہوتے ہیں۔ خالی آنکھ کو جگر میں ایک عجیب منظر دکھلائی دیتا ہے، اُس کی لیفی بافت کی ترتیب کہیں سے مشابہ ہوتی ہے، اور زرد گرہکیں منظر میں اُسی مرض کی حاد قسم سے مشابہ ہوتی ہیں۔

علامات۔ علامات ابتداءً مبہم ہوتے ہیں۔ اکثر یہ مرض ایسے یرقان سے شروع ہوتا ہے جو نزلی یرقان سے ناقابل تمیز ہوتا ہے، یا ایسے علامات کے ساتھ شروع ہوتا ہے جیسے کہ متلی، قے، آنتوں کے فعل کی بیقاعدگی۔ اور ممکن ہے کہ کبدی خطے میں درد مقابلتہً جلد شروع ہوجائیں۔ یہ علامات دو یا تین ہفتوں یا اس کی نسبت بہت زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہ سکتے ہیں اور پھر مرض کے نسبتہً زیادہ ممیز خصائص نمویاب ہوجاتے ہیں، جو یہ ہیں:۔ دماغی اختلالات یعنے ابتداءً درد سر اور بےچینی، پھر ہذیان اور تدریجی طور پر نمویاب ہونے والا قوما، معہ تشنجی جھٹکوں کے، یا زیادہ شاذ اصابتوں میں، خاتمہ کے قریب، صرع جیسے دوروں کے۔ اب یرقان نمودار ہوجاتا ہے، یا اگر وہ پہلے سے موجود ہے تو اور زیادہ گہرا ہوجاتا ہے۔ مصل دموی وانڈن برگ کے کاشفہ کے ذریعہ راست یا بالواسطہ یا دوہیئتی تعامل دیتا ہے۔ تپش شاذ ہی بلند درجہ پر ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ ۱۰۱ سے ۱۰۲ تک ہو۔ نبض جو ابتدائی یرقان کے وقت شاید سست رفتار تھی،

اب تیز ہو جاتی ہے۔ زبان خشک اور بھوری ہوتی ہے اور جوں جوں علامات میں ترقی ہوتی ہے دانتوں اور لبوں کے قریب وسخ جمع ہو جاتا ہے۔ علاوہ ازیں کبدی خطے میں درد اور نقطی الیمیت موجود ہوتی ہے، جو قوما کے درجہ تک میں، اس مقام پر دبانے سے شناخت کی جا سکتی ہے۔ اصمیت وسعت میں بہت سرعت کے ساتھ کم ہوتی جاتی ہے چنانچہ بالآخر اس کا انتصابی ناپ صرف ایک انچ یا اس سے بھی کم رہ جاتا ہے۔

شکم کی حالت قدرتی ہوتی ہے، یا خاتمہ کے قریب وہ بازکشیدہ ہوتا ہے۔ طحال بیشتر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ قارورے میں صفرا موجود ہوتا ہے اور البیومن کا موجود ہونا شاذ نہیں، بالخصوص خاتمہ کے قریب، اور سے بائک بھی موجود ہوتے ہیں۔ خون بھی موجود ہو سکتا ہے، جو ایک عام نزفی حالت کی دلالت ہے۔ علاوہ ازیں دُردِ قہوہ جیسی قئے، براز میں (جو ہمیشہ پھیکے رنگ کا نظر آتا ہے اور جس میں صفرا کی کمی پائی جاتی ہے) خون کی موجودگی، رعاف (epistaxis)، نزف رحمی (metrorrhagia) یا جلد کے نیچے نمشی نزفات کی موجودگی، یہ سب ایک عام نزفی حالت پر دلالت کرتے ہیں۔ بڑھتے ہوئے قومائی وجہ سے بالآخر موت واقع ہو جاتی ہے، گو کہ زیادہ شدید علامات صرف دو سے چار دن تک جاری رہتے ہیں۔ بالعموم حاملہ عورتوں کو اسقاط ہو جاتا ہے۔

بعض اوقات یہ مرضی حالت نہایت طویل عرصہ تک، کئی مہینوں یا دو سال تک جاری رہتی ہے۔ ایسی اصابتوں کو تحت الحاد ذبول کہتے ہیں۔ بعض دوسری اصابتوں میں حملۂ مرض خفیف ہوتا ہے اور مریض شفایاب ہو جاتا ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ ٹرائی نائٹرو ٹولوئین (T. N. T.) اور آرسینو بینزال کے تسمم میں محض خراب ترین اصابتوں میں ہلاکت واقع ہوتی ہے۔ پہلے یقین کیا جاتا تھا کہ حاد اصفر ذبول تقریباً ہمیشہ مہلک ہوتا ہے، لیکن شفایابی کی ان مثالوں سے ثابت ہوتا ہے کہ اس مرض کی ایک ہلکی شکل بھی ہوتی ہے۔ ٹرائی نائٹرو ٹولوئین کے تسمم کی مثالوں میں اکثر عجیب و غریب خفا پایا جاتا ہے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ یرقان اس زہر میں تکشف ہونے کے چند سال بعد ہی ظاہر ہو۔

تشخیص۔ اس کا انحصار عموماً دماغی علامات کے وقوع اور کبدی اصمیت کی سریع تقلیل پر ہوتا ہے، جو ایک یرقانی مریض میں واقع ہو جائے۔ امتحان بذریعہ

لاشعاع تشخیص کا ایک قابل قدر طریقہ ہے (Strathy and Gilchrist)۔ انقباضی وضع میں دیکھنے پر ساپہ کی بلندی کم پائی جاتی ہے۔ بالائی سطح، کیسہ کے ارتخاء اور پھیپھڑے کے جز کی وجہ سے گنبد نما نظر آتی ہے، اور زیریں کنارہ طبعی حالت کی نسبت زیادہ انقباضی نظر آتا ہے۔

انذار۔ حاد تحز، جب علامات نمو یافتہ ہوں، نہایت مہلک ہوتا ہے لیکن بعض اصابتوں میں عارضی اصلاح ہو جاتی ہے گو کہ ازاں بعد نکس اور بالآخر موت واقع ہوتی ہے۔ یہ تحت الحاد اصابتیں ہیں۔ خفیف تر اصابتیں ممکن ہے کامل طور پر شفایاب ہو جائیں۔

علاج۔ آخری درجہ میں مشکل کچھ کیا جا سکتا ہے لیکن ابتدائی درجوں میں سمی جز و عامل کے ازالہ یا تعدیل کی کوششیں کر کے مرض کی مزید ترقی کو روکنا چاہئے۔ بستر پر آرام، گلوکوس کا استعمال براہ دہن (۱۰ فیصدی) اور دروں وریدی طور پر (۶ فیصدی)، نیز ۱۰ فیصدی کیلشیم گلوکونیٹ کا دروں وریدی طور پر (۱۰ سی سی روزانہ) اور سوڈیم تھایو سلفیٹ کا دروں وریدی طور پر (۰٫۶ گرام) کثیر المقدار ریشال کے ہمراہ آزمانا چاہیئے۔

کہبت جگر
(cirrhosis of the liver)

کہبت کا نام جگر کے اُن امراض کو دیا گیا ہے جن میں لیفی بافت کی دراندازش ہوتی ہے۔ کہبت کا نام (جس میں زردی کے معنے پائے جاتے ہیں) اس وجہ سے استعمال کیا گیا کہ بابی کہبت میں جگر کا عام رنگ زرد ہوتا ہے، نہ کہ لیفی بافت کی زیادتی کی موجودگی کی وجہ سے۔ تاہم اس نام کا اطلاق اکثر دوسرے جسمانی اعضا کے مزمن لیفی تغیرات پر بھی کیا جاتا ہے، مثلاً کہبتِ شش اور کہبتِ گردہ لیکن ان اعضا کے لئے لیفیت کی اصطلاح کو بہت ترجیح دینی چاہئے۔

کہبت کی تین خاص قسمیں ہیں:- (۱) بابی کہبت، جس میں مزمن خراش آور عاملات ورید بابی کی راہ سے جگر میں پہنچ جاتے ہیں، اور جس میں دورانِ خون کے اختلالات جو معدی نزف اور استسقائے شکمی پیدا کر دیتے ہیں، نمایاں سریری مظاہر ہوتے ہیں۔

(۲) صفراوی کہبت، جس میں یرقان نمایاں مظہر ہوتا ہے، اور استسقا شکمی محض ایک اختتامی حالت کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ (۳) گرد خلوی کہبت، جو پیدائشی آتشک میں ہوا کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 397)۔

394

بابی کہبت

(portal cirrhosis)

(کثیر لختی الکحلی کہبت = multilobular, alcoholic cirrhosis)

(گل میخی جگر = hobnailed liver)

بحث اسباب۔ اصابتوں کی نہایت غالب تعداد میں بابی کہبت کا انحصار جزوی یا کلی طور پر الکحل کی کثرت استعمال پر ہوتا ہے، جو بیر (beer) کی شکل میں ہو، یا شراب انگوری (wine) یا روح شراب (spirits) کے طور پر۔ اس کے متعلق پورا علم نہیں کہ کہبت پیدا کرنے کے لئے کتنی مقدار کی ضرورت ہے کیونکہ انفرادی اختلافات وسیع ترین ہیں۔ ممکن ہے کہ بعض اشخاص ساری عمر خوب پیتے رہیں اور انھیں کہبت نہ ہو، لیکن دوسروں میں چند ہی ماہ کی شراب نوشی کہبت پیدا کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ بعض ایسے بچوں میں جو اس مرض میں مبتلا تھے، الکحلیت کا واقعہ ثابت ہو چکا ہے لیکن غیر مشکوک کہبت جگر کی بعض اصابتیں ایسی بھی ہیں جن میں الکحل کو بحیثیت سبب مرض کے یقینی طور پر خارج از بحث کیا جا سکتا ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ معائی سموم اس مرض کی بعض قسمیں پیدا کر دیں۔ آتشک کے سبب سے ہونے والی کہبت پر بعد میں غور کیا گیا ہے۔ خفیف درجہ کی لیفی بیش بالیدگی مزمن مرض قلب کی وجہ سے بھی پیدا ہو سکتی ہے، لیکن یہ کہبت نہیں جیسا کہ عام طور پر اس کا مفہوم لیا جاتا ہے۔ طحالی عدم دمویت (splenic anæmia) کی بعض اصابتوں میں (ملاحظہ ہو عدم دمویت کا بیان) جگر کی کہبت ایک متأخر نتیجہ کے طور پر واقع ہو سکتی ہے، اور اس صورت میں ان اصابتوں کو عرض بینٹی (Banti's disease) کہتے ہیں۔

بڑے جگر والی کہبت (large-livered cirrhosis) اکثر اصابتوں میں لونیت کے ساتھ بھی متلازم ہوتی ہے، جن میں سے بعض کو خون لونیت

(hæmochromatosis) کہتے ہیں۔ حدیدی صبغہ، ہیموفسکن (hæmofuscin) اور ہیموسڈرین (hæmosidrin) کی شکل میں ! آخر الذکر پروسیائی ازرق تعامل (Prussian blue reaction) دیتا ہے، یعنی پرل (Pearl) کا کاشف { بڑی مقداروں میں (جسم میں کی کل مقدار کے مقابلہ میں ۱کنا) جگر اور لبلبہ میں نیز دوسرے اعضا میں، ارادی عضلا میں، شکلی لیفی غدد اور جلد میں مطروح ہوجاتا ہے، اور نحاسیت (bronzing) پیدا کرتا ہے۔ یہ امر مشکوک ہے کہ کبہت، جگر میں اس صبغہ کے بعد پیدا ہوتی ہے یا پہلے۔ مسفور ذیابیطس (diabeti bronze) میں ذیابیطس، لبلبہ میں ہیموسڈرن کے مطروح ہونے کے بعد نمودار ہوتا ہے۔ یہ بھی رائے دی گئی ہے کہ خون کو تانبے کے اطالت پذیر تسمم کا نتیجہ ہوتی ہے۔

کالا آزار کے ساتھ، جو ایک ساری مداریی مرض ہے، معتدل درجہ کی کبہت موجود ہوتی ہے۔ کبہت، بڑھی ہوئی طحال، اور مغز استخوان کے تغیرات کا ایک کسیقدر مماثل اجتماع (لیکن بلا لیشمان ڈونووانی اجسام کے) مصر کا ایک مقامی مرض ہے (Day and Ferguson)۔ اور ایک عجیب طرح کی محدود المقام بابی کبہت (localised portal cerrhosis) پائی جاتی ہے، جو بلہارزیا (bilharzia) کی سرایت کا نتیجہ ہوتی ہے۔ (ملاحظہ ہو بلہارزیت (bilharziasis)۔

مرضی تشریح۔ جسامت میں جگر بہت مختلف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بہت بڑا ہو، یا تقریباً طبعی جسامت کا ہو، یا نسبتۃً بہت زیادہ چھوٹا ہو۔ اول الذکر حالت میں، جسے بعض اوقات بیش پرورشی کبہت (hypertrophic cirrhosis) کہتے ہیں، ممکن ہے کہ سطح خاصی چکنی ہو یا کسیقدر باریک دانے پیش کرے۔ آخر الذکر حالت میں، جسے بعض اوقات ذبولی کبہت (atrophic cirrhosis) کہتے ہیں، یعنی بافت کے وسیع اور غیر منتظم انقباض سے اکثر عضو کی شکل بہت بدل جاتی ہے، اور اس کی سطح پر لیفی بافت کھردری گومڑیاں بنا دیتی ہے (گل میخی جگر = hobnailed liver)۔ جب نزل کے بعد دوران حیات میں استسقا شکمی ہمیشہ بطور نمودار ہوگیا ہو تو کیسۂ جگر دبیز پایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو گرد کبدی التہاب = perihepatitis)۔ لیفی بافت کے نمو کی وجہ سے، جو اس کے اندر تمام سمتوں میں دوڑتی ہے، جگر تمام مثالوں میں

معمول کی نسبت نہایت زیادہ لوچدار اور سخت ہوجاتا ہے۔ تراشنے پر وہ متعدد زرد
ہلکے بھورے اور زرد، یا بھورے رقبے پیش کرتا ہے جنھیں رمادی نیم شفاف لیفی بافت
کے چوڑے خطے گھیرے رہتے اور ایک دوسرے سے جدا کرتے ہیں۔ اگر ایسے جگر کا کہبت
کے ابتدائی درجوں میں امتحان کیا جاسکے تو بابی قنالوں (کیسۂ گلیسن = Glisson's
capsule) کے گرد و پیش کثیر التعداد گول خلیے اِس بافت کی درریزش کرتے ہوئے
اور بعض مثالوں میں لختکوں کے درمیان بلکہ اُن کے اندر داخل ہوتے ہوئے بھی پائے
جائیں گے۔ ازاں بعد سپید لیفی بافت نمو یاب ہوجاتی ہے، جو ایک ترقی یافتہ امثلہ
میں تراش کا ایک بڑا حصہ بناتی ہے۔ عضو کے اندر دوڑنے والی لیفی بافت کے بند
اُسے کبدی بافت کے جزیروں میں تقسیم کر دیتے ہیں، جن میں سے ہر جزیرہ متعدد
لختکوں پر مشتمل ہوسکتا ہے (متعدد لختکی کہبت = multilobular cirrhosis)۔
لیکن بارہا ایسا اتفاق ہوتا ہے کہ یہ لیفی بافت ایک لختک کو آر پار چیرتی ہوئی اُسکے
بھی ٹکڑے کر دیتی ہے، اور بعض اوقات منفرد لختک اُس سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔
بڑا تنوع موجود ہوتا ہے۔ خلیات مذبول ہوتے ہیں اور ذراتِ صبغہ کی وجہ سے
صفرہ ملوّن ہوکر زرد یا بھورے ہوجاتے ہیں۔ لیفی بافت میں کثیر التعداد نوساختہ عروق دمویہ
ہوتے ہیں جنھیں کبدی شریانوں سے مشرب کیا جا سکتا ہے، اور باز تکوین یافتہ کبدی خلیے
بھی دیکھے جاتے ہیں۔ فی الحقیقت کہبت کی پیدائش کو جسم کی طرف سے مرمّت کی
سعی سمجھنا چاہئے، جو لختکوں کے وسطی اور بیرونی منطقوں کے تنخر کے بعد ہوتی ہے۔
نوساختہ، نہایت عروقی لیفی بافت میں ایک فائدہ ہے کیونکہ وہ باز تکوین یافتہ
کبدی خلیوں کو تغذیہ بہم پہنچاتی ہے (78)۔ ازاں بعد وہ بیکار ہوکر سکڑ جاتی ہے،
اور اِسطرح کبدی خلیات، وریدالباب کی شاخوں، اور شاید صفراوی قناتوں کو زیادہ
زیادہ مضغوط کرتی جاتی ہے۔ اتصالی بافت کی بیش بالیدگی کی وجہ سے جگر ابتداءً
بڑا ہوجاتا ہے، اور بعض بڑے اکہب جگروں میں چربی کی کچھ مقدار بھی موجود ہوتی ہے۔
ممکن ہے کہ کبدی خلیات اور چربی بالآخر غائب ہوکر جگر اپنے معمولی وزن سے بھی
بہت کم ہوجائے۔ چنانچہ جگر کی تغیر پذیر جسامت کا انحصار، کم از کم جزءً، اُس
درجہ پر ہوتا ہے کہ جس تک عمل ترقی کر چکا ہے۔

395

سرطانی کھبت (cirrhosis carcinomatosa) اُن اصابتوں کا نام ہے جن میں اکھبت جگر میں ایک اوّلی سرطان نمودار ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 400)۔ قرین قیاس ہے کہ یہ مزمن خراش سے اُسی طرح پیدا ہو جاتا ہے جس طرح مزمن آتشکی التہاب زبان (chronic syphilitic glossitis) کے بعد زبان کا سرطلی سلعہ (epithelioma) ہو جاتا ہے۔

علامات۔ بابی کھبت کے علامات بالخصوص بابی دوران خون کے بڑھتے ہوئے تسدد کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، یرقان اور کبدی قلت کے دیگر امارات اکثر مفقود ہوتے ہیں، یا ممر مرض میں ان کا ظہور دیر سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مفصل سے وان ڈن برگ کا دو ہیئتی تعامل حاصل ہو جائے۔ کثرت شرابخواری کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ اکثر التہاب المعدہ موجود ہوتا ہے، جس سے بھوک جاتی رہتی ہے، زبان فردار ہوتی ہے، اور قئے ہوا کرتی ہے، بالخصوص صبح کے وقت لیکن اس درجہ میں شکم کے امتحان سے ممکن ہے کہ جگر کی نہایت بڑی کلانی پائی جائے، جس کا مریض کو بالکل علم نہیں ہوتا۔ اس کے بعد دوسری علامت جو اکثر پائی جاتی ہے قئے الدم ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ بابی دوران خون میں تسدد شروع ہو گیا ہے۔ چونکہ ورید الباب کے خون کو جگر میں سے ہو کر گذرنے میں دقت محسوس ہوتی ہے، اس نظام کے جذرات یعنے باساریقی، معدی اور طحالی وریدیں بھی بلاشبہ ممتلی ہو جاتی ہیں اور اُن سے مخاطی سطحوں پر ادماء ہونے کا رجحان ہو جاتا ہے۔ لیکن بعض اوقات یہ خون مری کے زیریں سرے پر کی اُن وریدوں کے انشقاق سے آتا ہے، جو ورید الباب کی شاخوں اور تحتانی ورید اجوف یا ورید مجرد کی شاخوں کے درمیان آزادانہ ارتباط قایم کرنے کے دوران میں دوالی نما بنگئی ہیں۔ قئے الدم کے بعد براز دم الاسود ہو سکتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی بواسیر کی موجودگی نادر الوقوع نہیں، اور دوران کھبت میں دوسرے حصوں (مسوڑھوں، ناک، اور پھیپھڑوں) سے نزف واقع ہونے کا امکان بھی ہوتا ہے۔

بابی تسدد کا اہم ترین اور مستمر نتیجہ سیال کا وہ انصباب ہے جو پھولی ہوئی وریدوں سے کہفۂ باریطونی کے اندر ہوتا اور استسقاء کی وہ قسم پیدا کر دیتا ہے جو اس سے پہلے استسقائے شکمی کے نام سے بیان کی گئی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں

استسقائے شکمی کے نویاب ہوجانے کے بعد بھی جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے اور پسلیوں سے ایک یا زائد انچ نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کی کور سخت، اور نہایت تیز یا گول ہوتی ہے لیکن اگر گرد کبدی التہاب زیادہ ہے تو جگر کی سطح چکنی ہوتی ہے۔ تاہم وہ عموماً دانہ دار یا گرہلی ہوتی ہے۔ طحال اکثر بڑی ہوجاتی ہے اور ممکن ہے کہ محسوس ہوسکے۔ اس کا وزن اکثر ۲۰ تا ۳۰ اونس ہوتا ہے شکم کی سطح بڑی وریدوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جو حرقفی اور صدری تنوں کے درمیان دوڑتی ہیں۔ اس جانب دوران خون کے ذریعہ بابی دوران خون کو سبکباری حاصل ہوجاتی ہے۔ یہ ایک اہم امر ہے کیونکہ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بابی نظام، عام دوران خون سے بکلی بے تعلق نہیں ہے، بلکہ حالت صحت میں بھی ایسے ذرائع ارتباط موجود ہیں، جو کبدیت کی حالت میں بہت بڑھ جاتے ہیں، اور جو بابی ورید کے جذرات میں کا کچھ خون قلب کی دائیں جانب پہنچا دیتے ہیں بغیر اس کے کہ اس کو جگر میں سے گذاریں۔ ان ذرائع ارتباط میں سے حسب ذیل بیان کئے گئے ہیں:- (۱) معدی اور مریوی اوردہ کے درمیان ارتباطات، فتحۂ ڈایا فرامی کے مقام پر۔ (۲) تحتانی ماساریقی کے، اور اندرونی حرقفی وریدکی لوابیری شاخوں کے درمیان ارتباطات۔ (۳) معدے کی اکلیلی وریدوں کے، اور حجابی وریدوں کی شاخوں کے درمیان ارتباطات۔ (۴) ماساریقی وریدوں کی شاخوں کے، اور منوی ورید، یا دیوار شکم کی دوسری وریدوں کے درمیان ارتباطات۔ فرےرش (Frerichs) نے (۵) اُن عروق کا تذکرہ کیا ہے جو جگر اور ڈایافرام کے درمیان انضمامات کے اندر پیدا ہوجاتے ہیں، اور بعض اوقات (۶) جگر کے رباط مستدیر کے طول میں دوڑتی ہوئی ایک بڑی ورید (سیاپی کی معین بابی ورید: accessory portal of Sappey) پائی گئی ہے، جس کی وساطت سے بابی ورید شراسیفی اور اندرونی پستانی کی شاخوں سے براہ راست ارتباط حاصل کرتی ہے۔

بڑے استسقائے شکمی کے ذریعہ پھیپھڑوں کے قاعدے اکثر نہایت دب کر پچک جاتے ہیں۔ استسقاء الصدر اور پھیپھڑوں کا تہبج بھی اکثر ہوجایا کرتے ہیں۔ استسقائے شکمی کے خوب نمویافتہ ہوجانے تک مریض دوسرے لحاظ سے بھی اکثر خطرناک طور پر بیمار ہوتا ہے۔ وہ دبلا اور کمزور ہوتا ہے، اس کی آنکھیں اندر بیٹھی ہوئی

ہوتی ہیں، یرقان کی خفیف سی جھلک موجود ہوتی ہے، اور چہرہ پر چھوٹی ستارہ نما وریدیں ہوتی ہیں۔ تپش زیادہ تر طبعی درجہ پر ہوتی ہے لیکن بعض اوقات بخار موجود ہوتا ہے۔ استسقائے شکمی کے ظاہر ہونے کے چند ہی مہینوں کے اندر موت اکثر یا تو فشلِ قلب کے ساتھ، یا دماغی علامات (ہذیان اور قوما) کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے، اور یہ دماغی علامات مزمن الکحلیت سے واقع ہوتی ہیں۔ کبھی کبھی قئے الدم مہلک ہو جاتی ہے۔ ثانوی سرایتیں بھی عموماً ہلاکت پیدا کر دیتی ہیں۔

تشخیص۔ کہبت اکثر مخفی رہتی ہے یہاں تک کہ قئے الدم، استسقائے شکمی، یا خفیف سا یرقان اس کے راز کو افشا کر دے۔ یا الکحلی عادات کی وجہ سے اس کے آغاز کا شبہ کیا جاتا ہے، اور لیولوس یا گیلکٹوس کے تحمل کے مثبت کاشفہ سے اس کا ثبوت ملتا ہے۔ یہ پہلے ہی بیان کیا گیا ہے کہ ممکن ہے کہ ایک شرابی میں جسے کوئی یقینی تکلیف نہیں، امتحان کرنے پر ایک بڑھا ہوا ناہموار جگر پایا جائے۔ نہایت عام طور پر یہ ہوتا ہے کہ تشخیص اسوقت کرنی پڑتی ہے جبکہ استسقائے شکمی پہلے ہی سے نمودار ہو چکا ہے، اور پھر شراب خواری کی کثرت اور قئے الدم کی سرگذشت، بڑھے ہوئے جگر، بڑھی ہوئی طحال اور خفیف سے یرقان کی موجودگی، یہ سب تشخیص مرض کے لیے کافی ہوتے ہیں۔ کبدی وظیفی کاشفات بھی تشخیص میں مفید ہوتے ہیں۔ جگر اور باریطون کی ان دوسری حالتوں میں سے جو استسقائے شکمی پیدا کر دیتی ہیں، اہم ترین یہ ہیں: سرطان، جو ممکن ہے کہ ورید الباب یا اس کی سب سے بڑی شاخوں کو منسدّ کر دے اور باریطون کی مزمن دبازت کے ساتھ گرد کبدی التہاب کا اجتماع (ملاحظہ ہو گرد کبدی التہاب)۔ سرطان اور درنہ، جب وہ جگر سے دور ہوں، تو بھی التہاب باریطون پیدا کر دیتے ہیں، جس کا نتیجہ استسقائے شکمی ہوتا ہے۔ اول الذکر کی شناخت بالید کی ان گرہکوں پر سے ہو سکتی ہے جو شکم کے مختلف حصوں میں پیدا ہو جاتی ہیں۔ آخر الذکر اکثر ثرب کی ایک دبازت پیش کرتا ہے، جسے غلطی سے بڑھا ہوا جگر سمجھا جا سکتا ہے۔ قئے الدم اکثر کہبت کا نتیجہ ہوتی ہے اور تشخیص کے لئے بہت کار آمد ہے لیکن وہ حاد معدی قرحہ (acute gastric ulcer) اور طحالی عدم دمویت (splenic anæmia) میں بھی عام طور پر ہوا کرتی ہے۔

انذار - ابتدائی درجوں میں، بالخصوص اسوقت جبکہ یہ حالت وظیفی کاشفہ کے ذریعہ دریافت ہوگئی ہو، اگر الکحل کو بند کردیا جائے تو انذار اچھا ہوتا ہے - جب استسقائے شکمی نمویاب ہوگیا ہو تو مریض، مکرر بزل عمل میں لاکر چند سال تک زندہ رہ سکتا ہے - بچوں کی بعض اصابتوں میں استسقائے شکمی اولین علامت کے طور پر نمودار ہوا ہے، اور اس کے باوجود مریض ۸ یا ۱۰ سال تک زندہ رہا ہے -

علاج - خود الیہب جگر کے متعلق کچھ بھی نہیں کیا جاسکتا - اور علاج یہی باقی رہ جاتا ہے کہ مزید فساد کا سدباب کردیا جائے اور جو کچھ نقصان ابتک ہوچکا ہے اُس کے اثرات کے ازالہ کی کوشش کی جائے - الکحلی کہبت میں اولین ضرورت یہ ہے کہ شراب کا ادخال قطعاً روکدیا جائے - اور ابتدائی درجوں میں، جبکہ ابھی جگر سکڑا ہوا نہیں ہے اور استسقائے شکمی ابتک نمودار نہیں ہوا ہے ممکن ہے کہ جگر اپنی طبعی جسامت پھر حاصل کرلے - تاہم ایسی اصابت میں یہ کہنا کہ کیفیت کس حد تک ترقی کرچکی ہے ناممکن ہے - غذا میں کثرت سے کاربوہائیڈریٹ ہونے چاہئیں اور پروٹینوں کی مقدار محدود کردینی چاہئے - امعاء کو فعال رکھنا چاہئے، اور متلی اور سوءہضم کے کوئی علامات ہوں تو اُن کا علاج اس طرح کرنا چاہئے کہ جس طرح پہلے بیان کیا گیا ہے - جب استسقائے شکمی ہوجائے تو مدرات بول کے ذریعہ اسکو دور کرنا غیر محفوظ سمجھا گیا ہے، مثلاً سیلرگان (salyrgan) کے ذریعہ کہ جس میں سموم پائے جاتے ہیں، تاہم یہ مدرات بول اکثر استعمال کئے گئے ہیں - مسہلات میں سے مندرجہ ذیل استعمال کئے جاسکتے ہیں، سلفیٹ آف میگنیسیم، بائٹارٹریٹ آف پوٹاسیم، مرکب سفوف جلابہ (compound jalap powder)، یا ایلاٹیریئم (elaterium) - اگر شکم بہت تنیدہ ہوجائے تو بزل کی ضرورت ہے، اور جب سیال پھر جمع ہوجائے تو بعض اوقات اس بزل کو مکرر کرنے سے کامیابی حاصل ہوتی ہے - اس رائے کی بناء پر کہ استسقائے شکمی بالخصوص میکانی مبداء رکھتا ہے، ایک مجانب دوران خون کو نمویاب کرنے کی حسب ذیل کوششیں کی گئی ہیں :- (۱) شکم کو کھولنا، اور جگر اور ڈایافرام کی مقابل سطحوں کو کھرچ کر انہیں ایک دوسرے کے تماس میں لانا (Drummond and Morison Talma)، اور (۲) ثرب کبیر کو شکم کی سامنے

کی دیوار سے جوڑنا (تثبیت الثرب = epiplopexy)- اس کے متعلق بیانات شائع ہوئے کیا گیا ہے کہ اِن عملیوں میں سے ۳۰ فیصدی میں کچھ کامیابی حاصل ہوتی ہے۔

صفراوی کبھبت

(biliary cirrhosis)

اینو کی کبھبت (Hanot's cirrhosis) (بیش پرورشی صفراوی کبھبت = hypertrophic biliary cirrhosis)- اس مرض کی تسبیب ابتک مبہم ہے۔ یہ نامعلوم ہے کہ اولاً جگر کی کعبی بافت ماؤف ہوتی ہے یا صفراوی قناتیں۔ یہ ایک شاذ مرض ہے، جو عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ ہوتا ہے اور اکثر بچوں میں ہوا کرتا ہے۔ جگر کی کلانی بہت زیادہ، اور اکثر بچوں میں طحال کی کلانی اس سے بھی زیادہ ہوتی ہے۔ مریض کی بالیدگی ٹھٹھری ہوئی، جلد کی گہری لونیت، اور ہاتھ کی انگلیوں کے سرے

397

نمایاں طور پر گرز شکل ہو جاتے ہیں (کلاں طحالی کبھبت = splenomegalic cirrhosis)۔ یرقان اس مرض کا نمایاں خاصہ ہوتا ہے، اور پیشاب میں صبغہ صفرا موجود ہوتا ہے، لیکن استفراغ شحمی عین اختتام کے وقت تک بھی پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ مرض کئی سال تک جاری رہے۔ خاتمہ کے قریب مریض کو ہذیان ہو جاتا ہے، بعض اوقات نہایت تندی اور جوش کے ساتھ، اور پھر وہ قوما زدہ ہو جاتا ہے۔ تپش بلند درجہ پر ہوتی ہے، جلد کے نیچے اور مخاطی اغشیہ سے نزف ہوتا ہے اور وہ تین یا چار دن میں مر جاتا ہے۔

جگر چکنا اور بڑا ہونے کے علاوہ، تراشنے پر صفراء سے گہرا ملوّن ہوتا ہے۔ بابی کبھبت کی نسبت اس حالت میں لیفی بافت نہایت زیادہ نازک طور پر مرتب ہوتی ہے، اور ہر لختک لیفی بافت سے گھرا ہوا ہوتا ہے (یک لختکی کبھبت = unilobular cirrhosis)۔ ممکن ہے کہ کچھ لیفی بافت لختک کے اندر اور کبدی خلیات کے گرد بھی موجود ہو۔ صفراوی قناتوں کا نمایاں تکاثر ہوتا ہے۔ اس کی شہادت موجود ہے کہ ایک بڑا کبھب جگر مریض کے زمانۂ حیات ہی میں چھوٹا ہو جا سکتا ہے۔ سر فریڈرک ٹیلر نے ایک اصابت کا اندراج کیا ہے، جس میں جگر ناف سے نیچے

پہنچ گیا تھا ' اور مریض کو نہایت خوب نمایاں یرقان تو تھا مگر کوئی استسقائے شکمی نہ تھا۔ پندرہ مہینے بعد یہ جگر سکڑ کر پسلیوں کی کور کے نیچے اور بالکل قریب آ گیا۔ علاج بابی کہبت کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

۲۔ تسددی قسم (obstructive form)۔ روس (Rous) اور لاری مور (Larimore) نے ایک صفراوی قنات اور ورید الباب کی متناظر شاخ میں بندش لگا کر تجربۃً ایک خالص یک لختی کہبت پیدا کر لی ' جو ہینو کی کہبت سے مشابہ تھی۔ پیدا شدہ صفرا کی مقدار پہلے کی نسبت کم تھی ' لیکن چونکہ وہ معمولی مجاری میں سے نہیں گذر سکتا تھا ' لہٰذا وہ میاں لختی قناتوں کی دیواروں میں سے گذر کر باہر نکل آیا اور اس سے خراش اور لیفی بافت پیدا ہو گئی۔

پھر اس کی بجائے ورید الباب کی دوسری شاخوں میں بندش لگا کر تمام بابی خون کو جگر کے اس رقبہ کی طرف منعطف کر دیا گیا جہاں صفراوی رکود تھا۔ صفرا کی نسبتۃً زیادہ مقدار پیدا ہوئی اور اس نے بین لختی صفراوی قنالچوں سے خارج ہو کر ایک گرد خلوی کہبت پیدا کر دی۔

یہ نتائج ہینو کی کہبت کی امراضیات پر قدرتی طور پر بہت روشنی ڈالتے ہیں ' اور اس امر کی طرف اشارہ کرتے ہیں کہ ممکن ہے کہ وہ دراصل نسبتۃً چھوٹی صفراوی گذرگاہوں کے تسدد کے باعث ہو۔ لیکن صریحاً تسددی صفراوی کہبت کی ایک ایسی قسم بھی ہے جو ہمیشہ نہیں مگر گاہے گاہے سریری طور پر اس وقت پائی جاتی ہے جبکہ سنگہائے صفرا یا سرطان وغیرہ کے باعث صفراوی قناتوں کا طویل عرصہ سے مسلسل تسدد ہو۔ صفراوی قناتیں بہت متسع نظر آتی ہیں ' اور ممکن ہے کہ جگر یک لختی یا بعض اوقات کثیر لختی کہبت ظاہر کرے۔ علاج یہ ہے کہ جراحی تدابیر سے حتی الامکان سبب کو دور کیا جائے۔

جگر کی آتشک اور تدرن

آتشک پیدائشی ہو سکتی ہے ' یا اکتسابی۔

پیدائشی آتشک اولاً گرد خلوی کہبت (pericellular cirrhosis) کے طور پر ہوتی ہے ' اور ثانیاً صمغیہ کے طور پر۔ اول الذکر تغیر ایک

خلوی دررِیزش کے طور پر شروع ہوتا ہے، جو نمویاب ہو کر ایک لیف آسا تصلب بن جاتی ہے۔ وہ لختکوں پر حملہ آور ہو کر ہر خلیہ کو لیفی بافت کی ایک تہ سے گھیر لیتی اور جگر کی بڑی کلانی پیدا کر دیتی ہے۔ ممکن ہے کہ خردبینی امتحان سے حسب ذیل امور نظر آئیں:- (۱) بابی قنالوں کے گرد لیفی بافت کی زیادتی (گرد بابی کہبت = periportal cirrhosis)۔ (۲) کثیر التعداد مضغی سرخ خلیے، بایں وجہ کہ جگر اپنے مُدَمّی افعال جاری رکھتا ہے، جس سے اُس اِتلاف جُسیمات کی تلافی ہو سکتی ہے، جو آتشکی سم کی وجہ سے واقع ہو جاتا ہے۔ (۳) دخنی صمغیے (80) انصالی بافت میں بیچ ہوئے موجود ہوتے ہیں۔ ساتھ ہی طحال اکثر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ یرقان کبھی کبھی ہوتا ہے، لیکن استسقائے شکمی شاذ ہی۔ بعض اوقات اُن اشخاص میں جو پہلے بین خلوی کہبت کا موضوع رہ چکے ہوں کثیر لختکی کہبت نمویاب ہو جاتی ہے۔

علاج۔ ملاحظہ ہو پیدائشی آتشک صفحہ 177۔

اکتسابی آتشک۔ یرقان (جو آتشک کے ابتدائی درجوں میں اکثر ہوا کرتا ہے اور آرسینو بینزال کے مرکبات کے رواج سے پہلے معلوم تھا) ظاہر کرتا ہے کہ یہ سرایت ایک حاد التہاب جگر پیدا کر سکتی ہے۔ آخری درجوں میں آتشک جگر کا صمغیہ پیدا کر دیتی ہے۔ اِس کے عام خصائص وہی ہوتے ہیں جو دوسرے مقامات کے صمغیہ میں پائے جاتے ہیں، اور اِس میں بیچ ہوئے بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ صمغیے کم و بیش کُروی زرد تودے ہیں جو لوچدار اور لچکدار ہوتے ہیں اور رمادی لیفی بافت کے ایک منطقہ سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں، جس سے کثیر التعداد بند

398

نکلکر منصلہ کبدی جرم کے اندر جاتے ہیں۔ اِس لیفی بافت کے انقباض سے جگر کی سطح پر ایک نشیب یا شق پیدا ہو جاتا ہے، جس کی تہ میں اُسے پیدا کرنے والا صمغیہ واقع ہوتا ہے۔ اور اِس طرح سے جگر ناہموار طور پر لختکدار اور مشوّہ ہو سکتا ہے۔ اکثر اوقات صمغیے مرکز میں ٹوٹ پھوٹ کر ایک ریم تمار یخت بن جاتے ہیں۔ اِس کے برعکس ممکن ہے کہ وہ بالکل لیفی بن جائیں اور اِس کا نتیجہ یہ ہو کہ ایک تخفّف ندبہ کے سوائے اور کچھ باقی نہ رہے۔ یا ممکن ہے کہ اُن میں کلسی ذرّات کا جماؤ ہو جائے۔ صمغیتی جگر اکثر چربشی ہو جاتے ہیں، اور اِس کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ وہ باوجود نشاستائی

انقباضات کے بڑی جسامت کے ہوں ۔ آتشک کی وجہ سے ہونے والا ایک دوسرا تغیر، گرد کبدی التہاب ہے ۔ اغلب ہے کہ کثیر لختی کبہت کی بعض اصابتوں کا سبب آتشک ہی ہو ۔

علامات ۔ کبھی کبھی جگر کی اگلی سطح پر ایک بڑا صمغیہ ایک ابھار بنا سکتا ہے، جو چکنا اور لچکدار ہوتا ہے، اور اس پر ایک کیسہ یا دوسرے دُوِیرے کا بہ شدت گمان ہوتا ہے ۔ ممکن ہے کہ وہ دائیں ضلعی حاشیہ کو اوپر اٹھا دے ۔ اس سے بھی زیادہ کثرت کے ساتھ، لیکن غالباً آخری درجوں میں، آتشکی جگر بڑے، سخت، سطح پر ناہموار، اور لمبی ندبات کے سکڑنے کی وجہ سے مشوہ ہوتے ہیں ۔ نہ تو استسقائے شکمی کی اور نہ یرقان کی موجودگی لازمی ہے، لیکن مخصوص اصابتوں میں ممکن ہے کہ وہ ورید الباب یا قنات صفرا پر ایک صمغیہ کا دباؤ پڑنے کی وجہ سے پیدا ہو جائیں ۔ اور گردے کے ہمزمان چربشی مرض کی وجہ سے اکثر البیومن بولیت بھی موجود ہوتی ہے ۔ بعض اوقات صمغیہ کے ساتھ عادتی قسم کا ایک قطعی بخار موجود ہوتا ہے ۔

علاج ۔ ابتدائی اصابتوں میں آیوڈائڈ آف پوٹاسیئم صمغیہ کو بہ سرعت گھٹا کر اس کے ساتھ کے بخار کو روک دیگا ۔ سالورسان (salvarsan) بھی احتیاط کے ساتھ آزمایا جا سکتا ہے، اور اس صورت میں مریض کو کاربوہائیڈریٹ بہ افراط دئے جائیں لیکن جب کہنہ ندبات اور وسیع چربشی مرض موجود ہوں تو فائدے کی توقع بہت کم ہو سکتی ہے ۔

تدرن ۔ یہ تقریباً ہمیشہ عام تدرن کا جزو ہوتا ہے ۔ (ملاحظہ ہو دخنی تدرن صفحہ 163) ۔

جگر میں نو بالیدیں
(new growths in the liver)

جگر کا واحد سلعہ جو کچھ بھی عام ہے، سرطان ہے ۔ دوسرے اکثر الوقوع سلعات میں سے حسب ذیل ہیں :- کہفکی عروقی سلعہ (cavernous angeioma)، سادہ دُوِیرے (simple cysts)، اور وہ لمفی غدی سلعی مطروحات (lymphadenomatous

deposits) جو مرض آجکن کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ یہ شاذ ہی کوئی معین علامات پیدا کرتے ہیں۔ تکلہ نما خلیوں والا لحمی سلعہ (spindle-cell sarcoma)، میلانینی لحمی سلعہ (melano-sarcoma)، دُویری لحمی سلعہ (cysto-sarcoma)، مخاطی سلعہ (myxoma)، اور غدی سلعہ (adenoma) بھی مرقوم ہیں۔

کبد شحیم

(fatty liver)

شحمی درریزش (fatty infiltration)۔ کبدی خلیات میں طبعی طور پر شحم کی تھوڑی مقدار موجود رہتی ہے۔ بعض حالات میں یہ تبدیلی کم بے انتہا زیادہ ہو جاتی ہے۔ شحمی انحطاط (fatty degeneration)۔ اس حالت میں شحم کے طبیعی خواص میں تبدیلی ہو جاتی ہے۔ کیمیاتی طور پر ایسے خلیات کے اندر گلوبچول کے طور پر دیکھا جا سکتا ہے، اور اسی وجہ سے خلیات انحطاط یا فنا ہو جاتے ہیں۔

بحث اسباب۔ شحمی درریزش اور انحطاط کے بے شمار اسباب ہیں۔ ان میں مندرجہ ذیل شامل ہیں:۔ حمل اور رضاعت۔ عمومی فربہی۔ فاقہ کشی۔ جگر کا امتلا فشل قلب میں۔ ایسا ذیابیطس جس کا علاج نہ کیا جائے۔ تشنج (eclampsia)۔ عمومی حالتیں کہ جن میں سموم اور بلند تپش خلیہ کو نقصان رسیدہ کر دیتے ہیں۔ شدید عدم دمویتیں۔ جگر کا حاد تنخر۔ اور دوسرے امراض۔ فاسفورس، سنکھیا، کاربن مانا کسائیڈ (carbon monoxide)، کلوروفارم (chloroform)، فینائل ہائیڈرازین (phenyl hydrazine)، اور کاربن ٹیٹرا کلورائیڈ (carbon tetrachloride) وغیرہ کا تسمم۔

امراضیات۔ شحیم جگر بہت بڑا ہو جاتا ہے۔ اس کی سطح چکنی ہوتی ہے، اس کے کنارے کسیقدر گول ہوتے ہیں، اور تراشنے پر اس کا رنگ سفیدی مائل زرد اور منظر یکساں ہوتا ہے، اور ممکن ہے یہ فی الحقیقت پانی میں تیرے۔

علامات۔ شحیم جگر میں درد بالکل نہیں ہوتا۔ اس کو محسوس کرنا دشوار ہوتا ہے،

کیونکہ یہ نرم کثافت کا ہوتا ہے، گو کہ بڑا اور چکنا ہوتا ہے۔ نیز ممکن ہے شکمی دیوار فربہ ہو۔ فی الجملہ اس کے علامات، تسبیبی حالت کے علامات ہوتے ہیں۔ فربہی پر جو فصل ہے خاص کر اس کو ملاحظہ کیا جائے۔

تجربی طور پر یہ مشاہدہ کیا گیا کہ لبلبہ ربودہ کتوں میں ذیابیطس میں مرور مدت کے ساتھ اکثر اوقات بظاہر اصلاح ہو گئی۔ کم شکر خارج ہوئی، اس کے باوجود 399 یہ حیوان بالآخر مر گیا اور اس میں ایک شحیم جگر پایا گیا۔ جب ان حیوانوں کو لبلبہ براہِ دہن دیا گیا تو وہ صحت مند رہے لبلبہ میں جو مادہ شفا کا سبب ہے ممکن ہے وہ کولین (choline) ہو (79)۔

چربشی مرض

(LARDACEOUS DISEASE)

نشاآسا مرض (amyloid disease)

تقیح الصدر اور سِل ریوی کے تعلق میں چربشی انحطاط کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ اور چونکہ جگر ان اعضا میں سے ایک عضو ہے، جو بیشتر اوقات ماؤف ہو جاتے ہیں، لہذا یہاں اس انحطاط کا ایک مختصر بیان درج کر دینا ضروری ہے۔ اس میں بافتوں کے اندر ایک سخت، بے رنگ، نیم شفاف، پروٹینی مادے کا جماؤ ہو جاتا ہے جس میں بہت سی ٹائروسین (tyrosine) (لارڈیسین یا نشاآسا = lardacein or amyloid) موجود ہوتی ہے، اور بعض ملوّن عاملات اس مادہ کی تلوین کر دیتے ہیں۔ مثلاً آیوڈین کا آبی محلول اس کا رنگ بدل کر اسے گہرے بھورے سرخ مہاگنی رنگ کا کر دیتا ہے۔ تازہ جگر کی ایک تراش پر (جس کو پہلے دھو کر خون سے مبرا کر دیا گیا ہو) آیوڈین لگائی جاتی ہے، تو ماؤف حصہ کا خاکہ اس ممیز رنگ کے ذریعہ واضح ہو جاتا ہے۔ ازاں بعد ہلکا سلفیورک ایسڈ شامل کر دینے سے یہ رنگ بدل کر سیاہ ارغوانی ہو جاتا ہے۔ میتھل وایولیٹ (methyl violet) یا جنشن وایولیٹ (gentian violet) چربشی یا نشاآسا مادے کو سرخ بنا دیتی ہے، لیکن گردوپیش کی تندرست بافت کا

رنگ نیلا ہو جاتا ہے۔

جن بافتوں میں یہ چربشی مادہ پایا جاتا ہے وہ بہ ترتیب زمانی سب سے پہلے عروق دمویہ کی دیواریں، دوم مختلف اتصالی بافتیں اور بالآخر عضو کے غدی خلیات ہیں (بشرطیکہ ان میں یہ مادہ پایا جائے)۔ درحقیقت یہ مادہ اپنے محلِ وقوع کے لحاظ سے زیادہ تر بین خلوی ہوتا ہے۔ چنانچہ چھوٹی شہ ائین میں اس کا جماؤ درمیانی طبقہ کے عضلی ریشوں کے خلیات کے درمیان ہوتا ہے، اور ان کو ایک دوسرے سے علیحدہ کرتا ہے۔ طحال میں یہ گودے کے خلیات کے درمیان دھاریوں اور جھلیوں کی طرح موجود رہتا ہے۔ اور جگر میں یہ عروق شعریہ اور غدی خلیات کے درمیان مماثل ریزوں کی صورت میں پڑا ہوا ہوتا ہے۔ درحقیقت یہ اتنا انحطاط نہیں کہ جتنا ساخت میں ایک قسم کا اضافہ ہے، اور وہ ٹھوس اعضا جو اس سے ماؤف ہو جاتے ہیں، عموماً بہت بڑے ہو جاتے ہیں۔ عروق سے اس کا جو تعلق ہے اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ اس کا جماؤ خون میں سے ہوتا ہے۔

یہ اکثر و بیشتر طحال، گردوں، جگر، امعاء اور معدے میں واقع ہوتا ہے، اور گھٹتے ہوئے تواتر کے ساتھ فوق الکلیہ کیسوں، غدد لمفائیہ، درقیہ، اورطہ، مبیضین، اور رحم میں۔ چربشی جماؤ جسم کے کسی بھی حصے میں طویل تقیح ہونے کے باعث ہوتا ہے، اور سل ریوی، آتشک ثالثی، ہڈیوں اور مفاصل کے درنی مرض، اور تقیح الصدر میں بالخصوص عام ہے، یا آتشک میں بلا تقیح کے بھی۔

جگر میں چربشی تغیر ابتداءً لختکوں کے درمیانی منطقہ میں دیکھا جاتا ہے، جہاں عروقِ شعریہ شریانِ کبدی کے انقسامات کے ساتھ نہایت قریبی طور پر وابستہ ہوتے ہیں۔ جوں جوں یہ جماؤ بڑھتا جاتا ہے، کبدی خلیات مضغوط ہو کر ذبول ہوتے جاتے ہیں، لیکن خود ان کے اندر چربشی جماؤ صرف کبھی کبھی ہی ہوتا ہے۔ جگر بے انتہا بڑا ہو جاتا ہے، اس کی سطح چکنی اور کور کسی قدر گول ہو جاتی ہے، اور اس میں درد یا الیمیت مطلق نہیں ہوتی۔ یہ مرض یرقان نہیں پیدا کرتا۔ اس کے ساتھ تسببی مرض کے علامات موجود ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی اکثر طحال کی کلانی، البیومن بولیت اور اسہال بھی، جو دوسرے

اعضا کے اندر اس کے جماؤ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ چربشی جگر، جو ساتھ ہی آتشکی صمغیہ یا ندبہ کا محل وقوع ہو قدرتاً اپنی ہموار چکنی سطح کو کھو دیتا ہے مگر وہ اپنے دوسرے تلازمات کی وجہ سے شناخت کیا جا سکتا ہے۔ بابی دوران خون تنہا چربشی تغیر سے متسد نہیں ہوتا، اور گو استسقا شکمی اکثر اوقات موجود ہوتا ہے وہ بیشتر استسقائے کلّی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، اور ان دونوں کو گردوں کے ہم زماں مرض سے منسوب کرنا چاہیے، یا ممکن ہے کہ وہ دوسری پیچیدگیوں مثلاً کہبت، صمغیہ، یا مزمن التہاب باریطون کے باعث ہوں۔ گردہ کا چربشی مرض اکثر کلاں سفید گردہ کا سا منظر پیدا کر دیتا ہے۔ خردبینی امتحان پر قنبلی گچھا بسا اوقات سب سے پہلے تبدیل ہوتا ہے، اور اس کے بعد یکے بعد دیگرے عروق درآئندہ، عروق مستقیمہ، عروق برآئندہ، اور بین انبوبی عروق۔ تاہم بعض اصابتوں میں یہ تبدیلی عروق مستقیمہ میں اُس وقت سے پہلے پائی جاتی ہے جب کہ یہ قنبلی گچھے میں دیکھی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ کلاں سفید گردے کے التہابی تغیرات موجود ہوتے ہیں۔ چربشی طحال بڑھی ہوئی سخت اور چکنی ہوتی ہے۔ یہ تبدیلی طحالی عروق کو اور میلپگیائی جسیموں (Malpighian corpuscles) کو متاثر کرتی ہے، اور میلپگیائی جسیمے سطح پر سفید داغوں کے طور پر نظر آتے ہیں (صابو طحال = sago spleen)۔ دوسری اصابتوں میں چربشی مادہ گودے کے خلیات کے درمیان مطروح ہوتا ہے، اور عضو زیادہ یکساں طور پر شاحب ہوتا ہے۔

400

تشخیص کبدی کھوکے کے ذریعہ کی جاتی ہے۔ ایک ایسی اصابت میں کہ جس میں طویل المدت تقیحی ضریا نالتی آتشک ہو البیومن بولیت کی موجودگی اس مرض کے امکان کا اشارہ کرے گی، بالخصوص اگر طحال یا جگر بہت بڑھے ہوئے ہوں۔ پیشاب میں چند زجاجی یا ذراتی سانک موجود ہوتے ہیں، اور گاہے ایسے سانک جو کہ چربشی تعامل دیتے ہیں۔ اگر گردے کے وظائف میں بہت خلل واقع ہو گیا ہو تو اصابت کسی ایک قسم کے مرض برائٹ کے ساتھ مشابہ ہو سکتی ہے، اور آنت کے متلازم چربشی مرض کی وجہ سے اسہال موجود ہو سکتا ہے۔

انذار۔ یہ نہایت بُرا ہوتا ہے، لیکن کارگر جراحی علاج کے بعد کلانی میں

تخفیف ہوجانا مرقوم ہے۔ ترقی پذیر استسقا، یرقان یا دمویت، خستہ کن اسہال، معوی التہابات اور کبدی عدمِ کفایت سے موت واقع ہوجاتی ہے۔

علاج۔ اگر ممکن ہو تو سبب کو دور کر دینا چاہیئے۔ یہ سِل ریوی میں تو ناممکن ہے لیکن شاید تقیح کے دوسرے اسباب کا جراحی طریقہ سے علاج کرنا ممکن ہو۔ اور پوٹاسیم آیوڈائیڈ، کاڈلیور آئل، آئرن (لوہا)، کونین اور دوسرے مقویات دینے چاہئیں۔ آتشکی اصابتوں میں پارہ اور پوٹاشیم آیوڈائیڈ استعمال کرنے چاہئیں۔

جگر کا سرطان

(carcinoma of the liver)

امراضیات۔ اولی سرطان دو شکلوں میں واقع ہوتا ہے:۔ گرہوں کے طور پر جو جگر کے کسی بھی حصے میں نمودار ہوجاتی ہیں، اور ایک منتشر دریزش کے طور پر۔ نسیجیاتی لحاظ سے جگر کا سرطان دو قسموں کا ہوتا ہے:۔ (۱) کبدی خلیوں والا، جن سے صفرا کا افراز پیدا ہوسکتا ہے، یا (۲) صفراوی قنات کے خلیوں والا۔ کبھی کبھی اولی سرطان اکبب جگر میں نمویاب ہوجاتا ہے۔ بالعموم جگر زیادہ بڑا نہیں ہوتا۔ لیفی بیش بالیدگی کے علاوہ وہ متعدد سلعات پیش کرتا ہے، جو ابتداءً سخت اور سپید ہوتے ہیں، لیکن بعد میں اُن میں انحطاط یا تنخر واقع ہوکر اُن کا رنگ زرد یا سبز ہوجاتا ہے۔ سریریاتی مظاہر کبھت کے مظاہر سے مماثل ہوتے ہیں، اور اس حالت کو سرطانی کبھت (cirrhosis carcinomatosa) کا نام دیا گیا ہے۔

سرطان جگر کی جو اصابتیں ملتی ہیں اُن میں سے ایک نہایت بڑی تعداد ثانوی ہے جو دوسرے احشاء (بالخصوص معدے، آنت، مرارہ، شقِ بابی میں کے غدد، رحم، یا پستان) میں کے سرطانی مطروحات کے بعد پیدا ہوجاتی ہے۔ سرطانی خلیئے وریدِ الباب کی شاخوں کے ذریعہ سے جگر میں پہنچکر لخت لخت عروق شعریہ میں جاگزیں ہوجاتے ہیں۔ ثانوی سرطان کی نوعیت، یعنے اس کے نرم یا سخت یا سیاہ ہونے کا دارومدار اولی سلعہ کی نوعیت پر ہوتا ہے۔

اگر یہ سرطان منتشر ہے تو جگر محض بڑا ہو جاتا ہے لیکن جب یہ گرہکوں یا جدا گانہ رسولیوں کی شکل میں موجود ہو تو جگر بھی اُن کے ساتھ نہایت مختلف شکلیں اختیار کر لیتا ہے۔ ہر گرہک ہر سمت میں یکساں طور پر بڑھنے اور اس طرح اپنی شکل کو گلو۔بچہ نما رکھنے کا رجحان رکھتی ہے، اور جب وہ سطح پر پہنچ جاتی ہے تو وہ ایک سخت، محدب، یا نیم کروی بیروں بالیدگی کے طور پر اُبھر آتی ہے۔ لیکن جب گرہکیں نسبتہً بڑی، مثلاً قطر میں ½ ۱ تا ۲ انچ، ہو جاتی ہیں تو مرکز میں وہ اکثر ذراتی یا تھمی چوڑے کی صورت میں ٹوٹ پھوٹ جاتی ہیں، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ گرہکیں جو سطح پر اُبھری ہوئی ہوتی ہیں، ایک جانب پر بلا سہارا ہونے کی وجہ سے، اندر دھنس جاتی ہیں اور ایک مرکزی نشیب یا نافیتی (umbilication) پیدا کر دیتی ہیں۔ یہ ایسی حالت ہے جو بعض اوقات اگلی دیوار شکم کی راہ سے محسوس ہو سکتی ہے۔ جگر کی زیریں کور بھی بے قاعدہ اور گرہک دار ہوتی ہے۔ تراشش لینے پر ایسا جگر سپید سرطانی بالیدگی کے بے قاعدہ رقبے پیش کرتا ہے، جن کے خاکے کم و بیش مدوّر ہوتے ہیں۔ نسبتہً بڑے رقبے مرکز میں نرم ہو رہے ہیں، اور اُن میں سے بہت سے رقبے نزفات کی وجہ سے دھبے دار ہو گئے ہیں۔ وہ کبدی بافت جو اُن کے درمیان حائل ہے اکثر گہرے بھورے یا زرد رنگ کی ہوتی ہے۔ جب سرطان کا آغاز مرارہ، یا قنات صفراسے ہوا ہو، یا وہ شق بابی سے اندر کو بڑھ گیا ہو، تو اُسکی بالیدگی اُسی خطے میں وسیع ترین ہوتی ہے، یا ممکن ہے کہ اُسی میں بالکل محدود ہو۔ بعض اوقات خالی مرارہ، یا ایسا مرارہ جس میں کچھ حصاۃ موجود ہوں، ایک سرطانی تودے میں مفروشں یا گڑا ہوا ہوتا ہے۔ شقِ بابی کے قریب کی سرطانی گرہکیں قنات صفرا یا ورید الباب کو دبا کر پچکا سکتی ہیں، اور ممکن ہے کہ آخر الذکر اس نو بالید سے بالکل پُر ہو جائے۔

علامات۔ سرطانِ جگر عموماً بہت زیادہ درد پیدا کر دیتا ہے، جو دائیں مراق، شانے، اور کمر کو ماؤف کرتا ہے۔ ابتداءً وہ ایک وزن اور بھینچنے کے احساس سے زائد نہیں ہوتا، اور بعد میں شدید اور مُمزِّق ہو جاتا ہے اور اسکے ساتھ الیمیت بھی ہوتی ہے۔ لیکن کبھی کبھی درد غیر موجود ہوتا ہے۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے جگر بڑا ہو جاتا ہے، اور ناف سے بہت دور نیچے اور بڑھ کر بائیں

401

جانب تک پہنچ سکتا ہے۔ اُس کی سطح پر گرہیں اُبھر کر نمایاں ہو جاتی ہیں اور اُس کا بے قاعدہ خاکہ ایک رخی تصویر میں بھی دکھلائی دیتا ہے۔ کلانی زیادہ تر نیچے کی سمت ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ محدّب سطح سے بھی بڑے بڑے تودے بڑھ کر ڈایا فرام کو اوپر کے طرف دھکیل دیں اور اس طرح قاعدہ ششں کو دبا کر پچکا دیں۔ بالعموم سرطانی تودے کی سطح تقریباً پتھر کی سی سختی رکھتی ہے، جو کہبت یا چربشی مرض کے نسبت صاف طور پر سخت تر ہوتی ہے، اور سخت سرطان سے نرم طبعی بافت تک ایک تدریجی تغیر اکثر شناخت کیا جا سکتا ہے۔ یرقان تقریباً نصف مریضوں میں ہوتا ہے اور عموماً یہ دکھلایا جا سکتا ہے کہ وہ صفرا کی خاص قنات پر دباؤ پڑ جانے کا نتیجہ ہے، بالخصوص اُن اصابتوں میں جہاں سرطان شقِ بابی سے شروع ہو۔ وانؔ ڈن برگ کا راست کاشفہ حاصل ہوتا ہے۔ اسی طرح استسقاءِ شکمی اکثر موجود ہوتا ہے لیکن ہمیشہ نہیں، اور یہ سیال شاذ ہی اُس قدر وافر ہوتا ہے جس قدر کہ کہبت میں۔ اس کا انحصار بیشتر ورید الباب یا اُس کی بڑی شاخوں پر راست دباؤ پڑنے پر ہوتا ہے، اور کبھی کبھی ایک مزمن التہاب باریطون پر۔ نیز لاغری، شحوب، اور انبطاح جو خبیث یعنے سرطانی امراض کا عام خاصہ ہیں، موجود ہوتے ہیں۔ سرطان جگر کی بہت سی اصابتوں میں ارتفاعِ حرارت ہوتا ہے، اور کبھی کبھی اُس کے اشتدادات اور فترات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ مرضِ ہاجکن میں۔

تشخیص۔ ایک بوڑھے شخص میں بڑھا ہوا جگر اور یرقان جو کئی ماہ سے ہو، مریضوں کی اکثریت میں، جگر کے سرطان یا البلبہ کے سر کے سرطان کے باعث ہوتا ہے، اگرچہ کبھی کبھی یہ بھی ممکن ہے کہ قناتِ صفرا ایک سنگ صفراوی سے منسد ہو گئی ہو۔ اگر جگر کی سطح پر سخت اور ناہموار گرہیں محسوس ہوتی ہوں تو سرطانِ جگر کی تشخیص نہایت اغلب ہے۔ وہ اُبھار جو صمغیہ (gumma) کی وجہ سے ہو، عموماً منفرد ہوتا ہے، اُس کا قطر ایک انچ یا زائد ہوتا ہے، اور وہ نرم یا لچکدار ہوتا ہے۔ اگر جگر کی سختی یکساں طور پر ہو اور بہت زیادہ نہ ہو تو سرطان کا ہونا محض قرینِ قیاس ہے۔ جن اصابتوں میں یرقان نہ ہو، جگر کا بڑھا ہوا، ناہموار

اور گومڑے دار ہونا اور مریض میں لاغری کا موجود ہونا عموماً ممیز علامات ہوتے ہیں۔ جگر بشی اور ایک جگر نسبتہً کم سخت اور زیادہ ہموار ہوتے ہیں۔ ان دونوں حالتوں میں طحال بھی اکثر اوقات بڑھی ہوئی ہوتی ہے، پہلی حالت میں جگر بشی جماؤ سے اور دوسری حالت میں وریدی رکود کی وجہ سے، درانحالیکہ طحال کی سرطانی کلانی نسبتہً غیر عام ہوتی ہے۔ آتشکی جگر ناہموار اور دردناک ہوسکتے ہیں، لیکن یہ اکثر نسبتہً نوعمر اشخاص میں ہوتے ہیں، اور اپنی مخصوص سرگذشت رکھتے ہیں۔ یرقان صفرا کے عرصہ دراز سے ہونے کی سرگذشت سرطان کے امکان کو خارج نہیں کرتی، بلکہ اُس کی تائید ہی کرتی ہے۔

اِنذار۔ یہ نہایت یاس انگیز اور بُرا ہوتا ہے۔ مدتِ مرض شاذ ہی بارہ مہینوں سے زائد ہوتی ہے، لیکن کبھی کبھی دو یا تین سال بھی ہوسکتی ہے۔ نسبتہً نرم قسم کی نوبالیدیں ایک یا دو ماہ کے اندر ہی ہلاکت پیدا کرسکتی ہیں۔

علاج۔ یہ محض مخفف ہوسکتا ہے، اور اس پر مشتمل ہے کہ درد کی تسکین اور دوسرے علامات کا تدارک کردیا جائے، بیشتر اُن علامات کا جو اعضائے ہضم سے متعلق ہوں، مثلاً قے، ریحیت، اور قبض۔ غذا ہلکی مگر مغذی ہونی چاہیے۔

دُویری مرض

(cystic disease)

اس نادر حالت میں کثیر التعداد دویرے، کم و بیش مجتمع طور پر واقع ہوتے ہیں، جن کی جسامت ایک انچ یا زائد قطر کی ہوتی ہے، اور جن میں ایک صاف یا زردی مائل اسمر آبی مایع بھرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ مرض بیشتر اوقات گردوں اور دوسرے احشا کے دُویری مرض کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ جگر بڑھا ہوا ہو، لیکن اس کے علاوہ اور کوئی علامات موجود نہیں ہوتے، اور اس کی تشخیص، انذار اور علاج کا انحصار گردوں کے مماثل تغیر پر ہوتا ہے، جو اس کے ساتھ ساتھ ہوا کرتا ہے (ملاحظہ ہو گردے کا دویری مرض)۔

402

گرد کبدی التہاب

(PERIHEPATITIS)

امراضیات ۔ گرد کبدی التہاب، یعنے جگر کے کیسہ کا التہاب، حاد یا مزمن، محدود المقام یا زیادہ عام طور پر منتشر ہو سکتا ہے ۔ یہ کسی ایسے ضرر سے پیدا ہو جاتا ہے جو جگر میں یا اُس کے قرب و جوار میں ہو، بالخصوص کہنہ، آتشکی مرض، التہاب مرارہ، سرطان کیسیہ، اور زیر ڈایافرامی پھوڑے (subphrenic abscess) سے، اور ممکن ہے کہ یہ ایک عمومی التہاب باریطون کا جزو ہو۔

گرد کبدی التہاب میں جگر کی سطح کا منظر حاد التہاب باریطون کا سا ہوتا ہے ۔ مزمن گرد کبدی التہاب میں جگر کا کیسہ غیر شفاف اور کم و بیش دبیز ہوتا ہے ۔ یہ دبازت اکثر سطح پر بے قاعدہ چکتیوں میں پھیلی ہوئی ہوتی ہے ۔ اور ایسی چکتیاں اُس مرض سے متعین ہوتی ہیں جو کیسہ کا التہاب پیدا کر دیتا ہے ۔ بعض اوقات جگر ایک دبیز کیسہ کے اندر بالکل ملفوف ہوتا ہے، جس کی دبازت ۲ تا ۱۰ ملی میٹر ہوتی ہے (جرمن زبان میں Zuckergussleber، شکر کی تہ چڑھا ہوا جگر = sugar-icing liver)۔ ایسی اصابتوں میں جگر کا اگلا کنارہ گول ہوتا ہے ۔ زیادہ شدید شکلوں میں استسقاء شکمی عموماً موجود ہوتا ہے، جو متلازم التہاب باریطون کا نتیجہ ہوتا ہے، اور طحال بھی اکثر مماثل طور پر ماؤف ہوتی ہے (گرد طحالی التہاب = perisplenitis)۔

علامات ۔ کیسۂ جگر کے التہاب حاد میں مقامی آلیمیت اور درد ہوتے ہیں، بالخصوص تنفس کے عمل میں، اور ممکن ہے کہ ایک رگڑ کی آواز سنائی دے، یا جگر پر ہاتھ رکھنے پر ایک رگڑ محسوس ہو ۔ مزمن اصابتوں میں جگر سخت ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ متوالی استسقائے شکمی بھی دیکھا جائے ۔ بنیادی سبب کا علاج کرنا چاہیئے ۔

التہابِ وریدالباب

(PYLEPHLEBITIS)

یہ دو شکلوں میں یعنے انضمامی اور تقیحی ہوتا ہے، جن کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے: ایک کا تو استسقاء شکمی کے ایک سبب کی حیثیت سے، اور دوسرے کا جگر کے متعدد خراجات کے تعلق میں (ملاحظہ ہو انگریزی صفحہ 390)۔

انضمامی التہابِ وریدالباب

(adhesive pylephlebitis)

زیادہ عام طور پر یہ وریدالباب کی علقیت ہوتی ہے، جس میں خون کا تھکا دیوار ورید سے چپک کر بالآخر اسی طرح متعضی ہو جاتا ہے جس طرح کہ ایک علقہ کسی دوسرے مقام پر متعضی ہوتا ہے۔ اس کے اسباب وہ تغیرات ہیں جو وریدالباب یا اس کی توزیع میں ہوئے خون کا ابطار پیدا کر دیتے ہیں، مثلاً کبیت، آتشکی مرض، وریدی تنہ پر رسولیوں کا دباؤ یا گرد کبدی التہاب میں اس کا بھی مبتلا ہو جانا، یا شق کبدی کے قریب مزمن باریطونی التہاب۔ وریدالباب کا یہ تسدد مرض بینٹی (Banti's disease) کی ایک شکل پیدا کر دیتا ہے، یعنے طحالی علم دمویت جس کے ساتھ کبیت جگر ہو۔

تقیحی التہابِ وریدالباب

(suppurative pylephlebitis)

یہ تقریباً ہمیشہ شکم کے ضررات کی سرایت کے سبب سے واقع ہوتا ہے، (شکم وہ رقبہ ہے کہ جس سے وریدالباب کو خون کی رسد پہنچتی ہے)۔ ضررات کی مثالیں التہابِ زائدۂ دودیہ (جو عام ترین سبب ہے)، معاءِ مستقیم، قولون یا چھوٹی آنتوں کے قروح، معدی قرحہ، اور شکم یا حوض کا کوئی تقیح ہیں۔ ممکن ہے کہ

نوزائیدہ بچہ میں ورید سُرّی کے عفنی التہاب وریدی سے ورید الباب کو سرایت پہنچ جائے۔ شاذ اصابتوں میں راست تضرر سے بھی ورید الباب کا تقیحی التہاب شروع ہوسکتا ہے۔

یہ فساد عموماً ورید الباب کی مچھلی شاخوں میں آغاز پذیر ہوتا ہے۔ ورید کی دیوار ملتہب ہوکر متقیح ہوجاتی ہے' ایک علقہ بن جاتا ہے' اور وہ پیپ بن کر ٹوٹ پھوٹ جاتا ہے' اور جگر کے اندر کی مرکزی شاخوں میں اس کے منتقل ہونے سے علقیت' التہاب وریدی اور تقیح کے تازہ مرکز پیدا ہوجاتے ہیں۔ بالآخر بہت سی اصابتوں میں' جگر میں متعدد چھوٹے چھوٹے پھوڑے بن جاتے ہیں۔ جگر بڑا اور نرم ہوجاتا ہے۔ ورید الباب کی شاخیں ٹوٹنے پھوٹنے والے علقوں' یا پیپ' یا متعفن سیال سے بھر جاتی ہیں۔ طحال بڑی ہوجاتی ہے' اور کبھی کبھی التہاب باریطون بھی پیدا ہوجاتا ہے۔

علامات۔ شراسیفی اور مراقی درد' عادتی بخار' قشعریرہ' پسینہ' قے' عدم دمویت اور انبطاح ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ورید الباب کا تسدد کسیقدر استسقاء شکمی پیدا کردینے کے لئے کافی ہو' اور طحال بڑھ جاتی ہے۔ یرقان اکثر موجود ہوتا ہے لیکن ہمیشہ نہیں۔ اگر پھوڑے کثیر التعداد ہیں تو ممکن ہے کہ جگر کی کلانی اور درد اور البیمیت موجود ہو۔ براز میں عموماً اسٹرکوبائلین (stercobilin) موجود ہوتی ہے۔ ایک ٹائفائڈی حالت طاری ہوجاتی ہے' جس میں ذہول اور ہذیان ہوتا ہے' اور ایک سے سات یا آٹھ ہفتوں میں مرض عموماً ترقی پاکر خاتمہ مہلک ہوتا ہے۔

403 **تشخیص۔** یہ مرض بآسانی نظرانداز ہوجاتا ہے۔ تقیح الدم' عفونت الدم' ملیریائی بخاروں' حاد اصفرذبول' تقیحی التہاب قنات صفرا' مداریتی خراج زیر ڈایافرامی خراج' ٹائفائڈ بخار' یا ذات الریہ کے ساتھ اس مرض کا غلط ملط کیا جانا ممکن ہے۔ جگر کی ماؤفیت کی مقامی شہادت' اور بابی رقبہ میں سرایت کے مقامی سرچشمہ کی موجودگی کی شہادت اور طحال کی کلانی یہ سب تقیحی التہاب ورید الباب پر دلالت کرتے ہیں۔ جب مقامی امارات غیر موجود ہوں' تو

اس واقعہ سے کہ صریح تقیح الدم بلا کسی خارجی زخم کے اور بلا التہاب درون قلب (endocarditis) کے موجود ہے، کسی شکلی عضو کے سرچشمۂ عفونت ہونے کا اشارہ ہوتا ہے۔ تقیح الدم کے علامات، نمایاں یرقان اور التہاب مرارہ یا سنگہائے صفرا کی شہادت تقیحی التہاب قنات صفرا پر دلالت کریں گے۔

علاج۔ چونکہ اس مرض کا مآل تقریباً لازمی طور پر مہلک ہوتا ہے، لہذا علاج لاحاصل ہے، باستثنائے اس کے کہ جو تخفیف درد، بے خوابی اور دیگر علامات کے لئے اختیار کیا جائے۔

صفراوی آلہ کا امتحان

صفراوی قناتیں محض حالبین جیسی ایصالی نالیاں نہیں ہیں، اور نہ مرارہ محض مثانہ کی طرح ایک ظرف ہے۔ صفراوی قناتوں میں غدد ہیں جو ایک بے رنگ آبی سیال کا افراز پیدا کرتے ہیں جو صفرا کی ترقیق کر دیتا ہے، اور مرارہ کا فعل اس کے برعکس ہے جو صفرا کی دس گنا ترکیز کر کے ایک گاڑھا مراسیال بنا دیتا ہے۔ اگر کبدی قناتیں باندھ دی جائیں تو وہ ایک بیرنگ سیال یعنی سپید صفرا (white bile) سے پھول جاتی ہیں، اور یہ ایسے بلند تناؤ کے تحت جمع ہوجاتا ہے کہ جس سے جگر ان قناتوں کے اندر صفرا کا افراز بالکل نہیں کر سکتا۔ اگر مشترک قنات مسدود ہوجائے تو مرارہ میں پانی اور ملحات کا جذب واقع ہوتا ہے، جو کہ طبعی حالت میں کل حجم کا ۹۰ فی صدی ہوتا ہے، لہذا قناتوں میں دباؤ بڑھنے نہیں پاتا، اور اب ان میں معمولی صفرا موجود ہوتا ہے۔ لیکن اگر مرارہ اکہب یا تلف ہوجائے تو دباؤ کو کم و بیش کرنے والی میکانیت غیر موجود ہوتی ہے، اور یہ قناتیں سپید صفرا سے پُر ہوجاتی ہیں، گو جسم کی ہر دوسری بافت میں گہرا یرقان موجود ہو۔ مرارہ براری (cholecystectomy) کے بعد ابتداءً صفرا اثنا عشری میں مسلسل ٹپکتا رہتا ہے، لیکن بالآخر ممکن ہے کہ قناتیں متسع ہوجائیں اور مرارہ کے افعال کی انجام دہی خود اختیار کر لیں (نیز ملاحظہ ہوں امراض لبلبہ)۔

الف۔ مرارہ نگاری طبعی مرارہ (شعاع نگاشت مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک نے لی ہے)

ب مرارہ نگاری۔ مرارہ میں صبغی سنگ موجود ہیں۔ (شعاع نگاشت مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک نے لی ہے)

بالمقابل صفحہ 403

وظیفی امتحانات

مرارہ نگاری (cholecystography) ۔ طریقۂ گراہام (Graham's method) کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ بعض خضابات (dyes) جو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف ہوتے ہیں، جوئے خون میں پہنچنے کے بعد ان کا جگر سے صفرا کے اندر افراز ہوتا ہے اور یہ خضابات صفرا کے ساتھ مرارہ میں چلے جاتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد یہ صفرا معہ اُس خضاب کے مرارہ کے اندر مُرتکز ہو جاتا ہے (لیکن قناتوں میں مرتکز نہیں ہوتا)، لہٰذا شعاع نگاشت لی جا سکتی ہے۔ پھر ایک شحمی غذا دیکر مرارہ کے وظیفۂ تخلّی کا امتحان کیا جا سکتا ہے، چنانچہ طبعی حالت میں سایہ نسبتہً چھوٹا ہو جاتا ہے (صفحات ۳۱ اور ۳۲ ب)۔

ٹیٹرا آیوڈو فینال تھالین (tetra-iodo-phenol phthalein)، موضوع کی جسامت کے لحاظ سے ۳ یا ۴ گرام کی مقداروں میں، ۴۰ سی سی عقیم آب کشیدہ کے اندر حل کر کے ۹ بجے شب کے وقت وسطی قیفالی ورید کے اندر مُشرب کر دی جاتی ہے (احتیاطوں کے متعلق ملاحظہ ہو نو ارسینو بینزال)۔ اِشراب سے چوبیس گھنٹے پہلے ملٹھی کا سفوف (liquorice powder) دے کر مراری خطے کا صحفہ لے لیا گیا تھا۔ دن بھر شحمی غذائیں دی جاتی ہیں، لیکن ۶ بجے شام کے بعد کوئی غذا نہیں دی جاتی۔ دوسرے دن نو بجے صبح کے وقت، بلا غذا دیئے، شعاع نگاشتیں لی جاتی ہیں اور اثنا عشری کے ساتھ سایہ کی مجاورت کی تعیین بیریم کی غذا کے ذریعہ کر لی جاتی ہے۔ ایک بجے دن کے وقت شحمی غذا لے کر اُس کے دو گھنٹے بعد دوسری لاشعاعی تصویر لی جاتی ہے۔ مندرجۂ بالا اِشراب سے بعض اوقات متلی، قے، جھنجھناہٹ اور قشعریرہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اِس سے بچنے کیلئے اب عموماً اِس دوا (۴½ گرام) کے متعدد چھوٹے چھوٹے کراٹین غلافی کیسے بنا کر براہ دہن دیئے جاتے ہیں، لیکن اِس صورت میں اِن کا انجذاب کم یقینی ہوتا ہے۔

مرارے کے سایہ کی غیر موجودگی مراری قناۃ کی مسدودی کے باعث، یا

اس واقعہ کے سبب سے ہوسکتی ہے کہ مرارہ سنگہائے صفرا سے پورا بھرا ہوا ہے۔ خفیف سا سایہ خضاب کا ارتکاز نہ ہونے کی وجہ سے ہوسکتا ہے، جو التہاب مرارہ پر دلالت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرارہ نظر آئے اور مراری سایہ میں سنگہائے صفرا بھی، یا تو کیلسیم کے نمکیات کی وجہ سے زیادہ گہرے سایہ کے طور پر نظر آئیں یا کالیسٹرین کی وجہ سے منفی سایوں کے طور پر، کیونکہ کالیسٹرین ان شعاعوں کے لئے شفاف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مرارہ کا سایہ قرب وجوار کی بالیدوں، کیسیہ وغیرہ کے سبب سے اپنی جگہ سے ہٹا ہوا یا ملوّہ ہو۔ 404

اثنا عشری میں ادخال انبوبہ (duodenal intubation)

آئن ہارن (Einhorn) کے اثنا عشری انبوبہ سے مرارہ کے مرض کی تشخیص کا ایک مفید طریقہ حاصل ہوتا ہے، اگرچہ اس سے التہاب مرارہ اور سنگہائے صفرا کی موجودگی کی تفریق نہ ہوگی۔ فاقہ کش معدے کے اندر ایک انبوبہ داخل کرنے کے بعد، اور معدہ کو بہ احتیاط آب عقیم سے دھوکر، مریض بائیں کروٹ پر لیٹتا ہے، یہاں تک کہ وہ انبوبہ اثنا عشری کے اندر داخل ہوجائے، جو اس واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ انبوبہ میں سے امتصاص کرنے پر ایک باریک جھاگ دار سیال حاصل ہو جاتا ہے، جو قدرے صفرا آلود اور لٹمس کے لئے تعدیلی یا قلوی ہوتا ہے۔ اثنا عشری کو عقیم آب کشیدہ سے دھو ڈالنے کے بعد اثنا عشری کے اندر میگنیسیم سلفیٹ کے ۲۵ تا ۵۰ فی صدی محلول کے ۱۰ تا ۳۰ سی سی کا اشراب کردیا جاتا ہے۔ صفرا کا بہ کثرت سیلان ہوتا ہے، جسے باہر نکال کر امتحان کرلیا جاتا ہے۔ کالیسٹرین کی قلموں اور سپید خلیوں کی موجودگی مرارہ کے مرض کی دلالت ہے۔ ممکن ہے کہ کاشت کرنے سے عصیۂ قولونی (B coli) کی موجودگی ظاہر ہو، مگر یہ چنداں ممیز نہیں ہوتی، کیونکہ وہ ایسی ہر حالت میں مل سکتا ہے جس میں معدی رس کا ترشہ بہت کم ہوگیا ہو۔

اس امر کی شہادت موجود ہے کہ شقیقہ (migraine) کی بعض اصابتیں مرارہ کی غیر طبعی تخلیہ کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں (83)۔ ("صفراوی شقیقہ" "biliary migraine")۔

صفراوی آلہ کے امراض

التہاب مرارہ

(cholecystitis)

التہاب مرارہ کی عام ترین قسم وہ تحت الحاد یا مزمن سرایت ہے جو نبقات سبحیہ سے پیدا ہو جاتی ہے، جو مرارے کی دیوار کی ساخت کے اندر سے علیحدہ کئے گئے ہیں (27)۔ ممکن ہے کہ یہ ایک محمولۂ خون سرایت ہو۔ لیکن التہاب مرارہ ہمیشہ التہاب غلاف قناۃ صفرا (pericholangitis) کے ساتھ ہوا کرتا ہے، جو اس امر کی دلالت ہے کہ مرارے میں سرایت کا داخلہ جگر سے لنفائی عروق کی راہ سے ہو سکتا ہے۔ التہاب مرارہ عموماً التہاب زائدہ دودیہ (appendicitis) اور ہضمی قرحہ (peptic ulcer) کے ساتھ متلازم ہوا کرتا ہے، اور یہ ممکن ہے کہ سرایت ورید الباب کی راہ سے جگر میں اور پھر مرارے میں داخل ہو جاتی ہو۔ صفراء نبقات سبحیہ کی بالیدگی کا امتناع کرتا ہے، یہی وجہ ہے کہ صفراء عموماً عقیم ہوتا ہے۔ التہاب کی ایک ابتدائی شکل، جو غالباً اس قسم کی سرایت سے پیدا ہو جاتی ہے، نام نہاد اسٹرابیری مرارہ (strawberry gall bladder) ہے۔ چھوٹے زردی مائل سپید دانے خملات سے ابھرے ہوئے دکھلائی دیتے ہیں۔ خردبین سے یہ دانے کالیسٹرین کے جماؤ دکھلائی دیتے ہیں جو غشاء مخاطی کی سطحی تہ کے نیچے ہوتے ہیں، یعنے مرارے کی کالیسٹوسینیت (cholestrosis) پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ طبعی حالات میں صفرا میں کی کالیسٹرال (cholestrol) کو مرارہ جذب کر لیتا ہے، اور یہ کہ جب مرارے کی دیوار سرایت زدہ ہو جاتی ہے تو یہ جماؤ پیدا ہو جاتے ہیں۔ بالآخر ان میں سے بعض لدے ہوئے خلیات مرارے کے اندر جھڑ جاتے ہیں، اور اس طرح ممکن ہے کہ یہ ایسے مرکز بن جائیں جن کے گرد متعدد شہتوت نما سنگریزے بن جاتے ہیں۔ یہ

سنگریزے بعض اوقات اس مرض میں پائے جاتے ہیں۔ اسی واسطے التہاب مرارہ سنگہائے صفرا کا اولی سبب ہے، اور یہ سنگہائے صفرا التہاب مرارہ کی ۹۵ فی صدی اصابتوں میں عملیہ کے وقت پائے گئے ہیں۔ نبقی سببی سرائیت کے مابعد نتائج دیوار مرارہ کی دبازت اور انقباض ہیں، اور گردوپیش کے حصوں کے ساتھ انضمامات بھی ہوجاتے ہیں۔ علاوہ سنگہائے صفراء کی موجودگی کے، سرایت زدہ مرارہ سے مزمن التہاب لبلبہ، جگر کی کہبت، اور قلب، عضل، مفصلات، رداؤں اور گردوں پر بعید سمی اثرات پیدا ہوسکتے ہیں، اور ایک مزمن طور پر التہاب زدہ مرارہ کے استیصال کے بعد یہ ضررات غائب ہوگئے ہیں (82)۔

حادنازلتی یا تقیحی التہاب مرارہ (مرارہ کا دبیلہ=empyema) ایک تسددی التہاب مرارہ ہے جو عموماً معمولی عصیہ قولونی کے باعث ہوجاتا ہے لیکن عصیۂ محرقیہ (B. typhosis) اور کبھی کبھی دوسرے عضویے بھی پائے گئے ہیں۔ یہ معروز سنگ ریزوں، تپ محرقہ اور دوسرے ساری امراض سے پیدا ہوسکتا ہے۔ نہایت شدید شکلوں میں مرارے کی دیواریں سخت ملتہب، اُذیمائی، اور ریم سے در ریختہ ہوجاتی ہیں (فلغمونی التہاب مرارہ phlegmonous cholecystitis=)، اور ان سے بھی زیادہ قشبی شکل میں دیواریں سیاہ سبز، نرم بُھر بُھری اور کم و بیش وسیع چکتیوں میں اغتاش پذیر ہوجاتی ہیں (گنگرینی التہاب مرارہ =gangrenous cholecystitis)۔ یہ التہاب بلاشبہ مختلف سمتوں میں پھیل سکتا ہے۔

405

علامات ۔ نبقی سببی مبداء کا تحت الحاد اور مزمن التہاب مرارہ جو اوپر بیان کیا گیا ہے اس کے علامات اپنے آغاز میں عموماً غیر محسوس ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت اس واقعہ کی بنا پر کہ التہاب مرارہ کی اصابتوں کی اکثریت بالآخر سنگہائے صفرا میں منتہی ہوتی ہے، انھیں سنگہائے صفرا کی ابتدائی علامات سمجھا جاتا ہے۔ یہ علامات یہ ہیں:۔ سوء ہضم یعنے متلی، سوزش سینہ، اور شراسیفی تکلیف، اور خاص کر حسیت مستمر درد اور دائیں ضلعی حاشیہ کے نیچے اور دائیں عظم الکتف کے خطے میں دبانے سے الیمیت بھی ہوتی ہے۔ سوء ہضم اثنا عشری

قرحہ سے مشابہ ہوسکتا ہے، مگر غذا کے ساتھ اس کا تعلق اتنا نمایاں نہیں ہوتا۔ گیارھویں اور بارھویں دائیں پسلیوں اور اسفل ظہری فقرات کو دبانے سے عموماً درد ہوتا ہے۔ نیز اوپر جو پیچیدگیاں بیان کی گئی ہیں ان کے متناظر علامات پیدا ہوسکتی ہیں، یعنی سانس کا پھولنا، قلبی بےقاعدگیاں اور ذبحۂ صدریہ، نیز زمیت نما التہاب مفاصل، التہاب لیفی، اور مرض برائٹ کے علامات۔

حاد تسددی التہاب مرارہ کی حالت میں حملہ کا آغاز حاد ہوتا ہے اور اُس کے ساتھ مرارے کے خطے میں مواظب یا دوری درد ہوتا ہے، اور عضلہ مستقیمہ کے بالائی حصے میں بڑی الیمیت اور استواری محسوس ہوتی ہے۔ متلی، عدم اشتہا، میلی زبان، تپ، شاید قشعریرہ کے ساتھ ہوتے ہیں، اور یرقان تقریباً ایک تہائی اصابتوں میں۔ بائیں قاعدۂ شش پر اشارات بالخصوص ممیز ہوتے ہیں، یعنے گمک کی کمی، تکتکات، اور بلیورائی رگڑ۔ وایاں ڈایا فرام غیر متحرک ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد ممکن ہے کہ متمدد مرارہ ایک متعین رسولی بنا دے۔ تقیحی اصابتوں میں سپید خلیوں کی کثرت ہوتی ہے۔

تشخیص۔ التہاب مرارہ بلا سنگہائے صفرا کی موجودگی کے ہرگز ایک غیر عام حالت نہیں، اور اس کی تشخیص اُس وقت کی جاسکتی ہے جب کہ دائیں ضلعی حاشیہ کے نیچے شدید درد اور الیمیت اور کسی قدر سوءِ ہضم موجود ہو، اور جبکہ بہ احتیاط امتحان سے اثناعشری قرحہ اور التہاب زائدہ دودیہ کو خارج از بحث کر دیا گیا ہو۔ مرارہ نگاری اور مرارہ کی "طبی" تسئیل جو صفحہ 403 پر بیان کی گئی ہے، تشخیص میں مفید ہوسکتی ہے۔

انذار۔ خفیف اصابتیں طبی معالجہ سے شفایاب ہو جاتی ہیں۔

علاج۔ طبی علاج بالخصوص مرارہ کی تخلی میں سہولت پیدا کرنے پر مشتمل ہے۔ ہفتہ میں کئی بار طبی تسئیل عمل میں لائی جاسکتی ہے۔ بلکہ میگنیشیم سلفیٹ براہ دہن بھی دیا جاسکتا ہے، مگر یہ اس قدر کارگر نہیں ہوتا۔ شحمی غذائیں اور بالخصوص روغن زیتون، ۱ تا ۲ اونس، دن میں کئی بار (84) بھی منفعت بخش ہیں۔ جگر اور مرارے کے خطے میں پولٹسیں اور خلابی اغطیہ لگانے سے التہاب میں تخفیف

ہو سکتی ہے۔ صفرا کی سرایت کا ازالہ سوڈیئم سیلی سلیٹ۔ ا تا ۲۰ گرین' دن میں تین یا دیگر بار رات کے وقت ہیگزامین (hexamine) ۲۰ گرین سے شروع کر کے ۶۰ یا ۹۰ تک بڑھا کر) دے کر کیا جا سکتا ہے۔ ہیگزامین کے ہمراہ کافی قلی' مثلاً ۶۰ گرین پوٹاسیئم سائٹریٹ دی جاتی ہے' تاکہ بول قلوی ہو جائے اور بولی سنطے کی خراش ہیگزامین سے واقع نہ ہو' [کیونکہ ہیگزامین ترشئی محلول کے اندر ٹوٹ کر فارمالین (formalin) بن جاتی ہے] (64)۔ یہ دگیٹ' وشی اور کالز باڈ کے پانی خاص طور پر ذکر کے قابل ہیں۔ شدید اصابتوں میں مرارہ بُرّاری مناسب ہے' اور اگر تقیح موجود ہو تو عملیہ کی ضرورت ہے۔

سنگہائے صفرا

(gall stones)

(حصاتیت صفرا = cholelithiasis)

حصوات صفراویہ (biliary calculi) یا سنگہائے صفرا مرارے کے اندر یا نہایت شاذ اصابتوں میں جگر میں صفراوی قناتوں کے اندر صفرا سے بنتے ہیں۔ جسامت میں وہ محض ریگ سے لے کر ۲ انچ طول اور ایک انچ عرض کے بیضوی تو دوں تک مختلف ہوتے ہیں۔ زیادہ کثرت سے وہ قطر میں $\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{2}$ انچ تاپ کے ہوتے ہیں۔ اکثر وہ شکل میں کم و بیش مکعب ہوتے ہیں' اور جب کئی سنگ باہم تماس رہے ہوں تو وہ رو بک پہلو کرتے ہیں۔ ورنہ وہ زیادہ گول ہو سکتے ہیں۔ سب سے بڑے سنگ بیضوی الشکل ہوتے ہیں' اور یہ شکل اس وقت پیدا ہوگی کہ وہ مرارہ کے سارے کہفہ کو پُر کرتے ہوں۔ سنگہائے صفرا کے خاص ترکیبی اجزا' کالیسٹرین' صبغۂ صفرا' پروٹین اور کیلیئم کے ملحات ہیں' اور یہ صبغۂ صفرا بیشتر کیلیئم کے ساتھ بائلی روبن کیلیئم (bilirubin-calcium) کی شکل میں ممزوج ہوتا ہے۔ وہ سنگ جو خاص کر صبغۂ صفرا پر مشتمل ہوتے ہیں' چھوٹے سیاہ اور خستہ ہوتے ہیں۔ دوسروں میں صبغۂ صفرا کا ایک نواۃ یا مرکز ہوتا ہے' اور ان کے گرد کالیسٹرین کی قلموں کی تہیں ہوتی ہیں جو نواۃ سے متشعع ہوتی ہیں۔ یہ سنگ عموماً زیادہ بڑے اور زیادہ سخت ہوتے ہیں' اور ان کا رنگ نسبتاً شاحب ہوتا ہے۔ نرم سنگ جو

406

بالخصوص کیلسیم کاربونیٹ پر مشتمل ہوں اُس وقت پائے جاتے ہیں جبکہ صفراوی قناۃ تسدد ہو۔ کیلسیم کاربونیٹ کے سخت، سبزی مائل سنگ تانبے پر مشتمل ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ سنگہائے صفرا دسن رسیدگی کی حالت میں زیادہ عام ہوتے ہیں، اور مردوں کے بنسبت عورتوں میں زیادہ کثیرالوقوع ہیں۔ قعود پیشے اور بسیارخوری، بالخصوص کالیسٹرین شامل رکھنے والی غذائیں اسبابِ مُعِدہ ہیں، اور شاید حمل اور تپ محرقہ بھی۔

امراضیات۔ یہ رائے پہلے بیان کی گئی ہے کہ سنگہائے صفرا کا اولی سبب التہابِ مرارہ ہے۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ اگر کوئی مادۂ غریب ایک نواۃ کے طور پر عمل کرنے کے لئے موجود ہو تو سنگہائے صفرا بن جاتے ہیں خواہ صفرا عقیم ہی کیوں نہ ہو۔ یہ ۹۰ فی صدی لاشوں کے امتحان میں پائے گئے ہیں، اور ممکن ہے کہ پوشیدہ رہیں (81)، اگرچہ اِن کی موجودگی التہابِ مرارہ میں زیادتی پیدا کر دیتی ہے۔ بہرکیف ممکن ہے کہ التہاب کی وجہ سے مرارے میں خراشش ہو کر ایک یا زیادہ سنگ اُس کے کہفہ سے باہر نکل آئیں یا مراری قنات میں مغروز ہو جائیں۔ اِس کا فوری اثر قنات کا نہایت درد انگیز تشنج (قولنج صفراوی = biliary colic) ہوتا ہے، جس کے ساتھ یرقان نہیں ہوتا۔ انغراز کی حالت میں صفرا مرارے کے اندر نہیں داخل ہو سکتا، اور مرارہ مخاطی یا مخاطی ریمی یا ریم سے پُر ہو کر متمدد ہو جاتا ہے۔ اگر سنگ مراری قنات میں سے گزر جائے تو وہ مشترک قنات میں داخل ہو جاتا ہے، اور یہاں بھی قولنج صفراوی پیدا کر دیتا ہے، لیکن اس قولنج کے ساتھ سریع الزوال یرقان موجود ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ سنگ کی موجودگی کے باعث جگر سے صفرا کے بہاؤ میں رکاوٹ پیش آتی ہے۔ اگر سنگ قنات کے اندر مغروز ہو تو تسدّدی یرقان (obstructive jaundice) پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ انغراز عام طور پر انتفاخِ واٹر (ampulla of Vater) میں واقع ہوتا ہے، جہاں قنات کا قطر سب سے زیادہ کم ہوتا ہے۔ یہ مسلسل تسدد مندرجہ ذیل اثرات رکھتا ہے۔

(الف) جگر اپنی قناتوں کے اتساع کے باعث، جو صفرا سے متمدد ہو جاتی ہیں، پہلے بہت بڑا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات قناتیں یکساں طور پر متسع ہوتی ہیں اور دوسرے اوقات میں زیادہ بے قاعدگی کے ساتھ متسع ہو کر گلوبچی ڈویرے بنا دیتی ہیں۔ وہ جگر کی بافت پر کسیقدر دباؤ ڈالکر اُسے مذبول کر دیتی ہیں، چنانچہ بالآخر جگر نسبتہً چھوٹا اور کسیقدر پلپلا ہو جاتا ہے۔ تقیحی التہاب قنات ہائے صفرا واقع ہو سکتا ہے۔

(ب) توقع ہو سکتی ہے کہ انغراز سنگ کا اثر مرارے پر یہ ہو کہ وہ متمدد ہو جائے۔ مگر عموماً ایسا نہیں ہوتا تاوقتیکہ مرارے میں بھی ہمزماں طور پر حاد التہاب موجود نہ ہو، کیونکہ مزمن التہاب تو مرارے کی لیفیت پیدا کر کے اُسے سکڑا دیتا ہے۔

(ج) جب سنگ صفرا، انتفاخ واٹیر میں مضبوطی کے ساتھ ثبت ہو جاتا ہے تو بنقراسی قنات جو یہاں کھلتی ہے، اُس کے تعلقات اہمیت رکھتے ہیں، اس کی وجہ یہ ہے کہ وہ بھی غالباً متمدد ہو جائے گی اور بنقراسی رس کا احتباس ہو جائے گا۔ خرد عضویے قنات صفرا کی دیواروں میں سے بآسانی گذر کر بنقراس میں پہنچ جائیں گے اور محبوس افرازات کے ساتھ حاد یا مزمن التہاب بنقراس پیدا کر دیں گے (جو ملاحظہ ہو)۔

سنگ صفرا کا مرارے کی دیوار کو متقرح کر کے براہ راست اثنا عشری یا قولون مستعرض کے اندر چلا جانا چنداں غیر عام حادثہ نہیں۔ عموماً وہ ایک بڑا سنگ صفرا ہی ہوتا ہے، جو قطر میں ایک انچ یا زائد کا ہوتا ہے، اور اگر یہ اثنا عشری کے اندر داخل ہو جائے تو ممکن ہے کہ لفائفی کے زیریں حصے میں مغروز ہو جائے، یا اگر یہ قولون کے اندر داخل ہو تو قولون سینی (sigmoid) یا مبرز کے قریب تسدد کی وجہ سے کم و بیش درد اور دقت پیدا ہونے کے بعد براہ مبرز خارج ہو جائے۔ شاذ صورتوں میں ایک بڑا سنگ قے سے بھی خارج ہوا ہے۔

مرارے کے اندر سنگہائے صفرا کی موجودگی اور استقرار کا ایک دوسرا نتیجہ مرارے یا صفراوی قناتوں کا سرطان ہے، اور یہ حصاۃ صفرا کی تقریباً

۵ فی صدی اصابتوں میں پایا گیا ہے۔ تجربۃً یہ دکھلایا گیا ہے کہ اگر گینی پگ کے مرارے میں سنگہائے صفراء اور دوسرے اجسام غریبہ داخل کئے جائیں تو مزمن خراش پیدا ہو کر سرطان پیدا ہوجاتا ہے (85)۔

علامات۔ یہ ممکن ہے کہ سنگہائے صفراء سالہا سال تک مرارے کے اندر رہیں اور کوئی علامات نہ پیدا کریں۔ لیکن دوسری اصابتوں میں علامات تحت الحاد اور مزمن التہاب مرارہ کے ہوتے ہیں، اور ان کے ساتھ جو التہاب مرارہ ہوتا ہے اُس کے پیدا کردہ سوءِ ہضم کو عموماً سنگ صفراء کا سوءِ ہضم (gall stone dyspepsia) کہتے ہیں۔ بعض اوقات سنگہائے صفراء دیوارِ شکم میں سے محسوس کئے جاسکتے ہیں اور اُنھیں ہاتھ لگانے سے چٹخنے کا احساس ہوتا ہے۔ قولنج صفراوی کے حملہ میں مریض کو اکثر ناگہانی طور پر دائیں مراق اور سینہ کے زیریں حصے میں، یا شراسیف اور زیریں قصّی حصے میں سخت درد محسوس ہونے لگتا ہے، اور یہ عموماً دائیں شانے تک تشعع ہوتا ہے۔ یہ درد اکثر اس قدر شدید ہوتا ہے کہ مریض اکثر دوہرا ہوجاتا ہے، یا فرش یا بستر پر پیچ و تاب کھانے لگتا ہے۔ ممکن ہے کہ قشعریرہ ہو، اور مریض کا رنگ شاحب ہوجاتا ہے، وہ مہبوط ہوتا ہے، اور ساتھ ہی بکثرت پسینہ آکر نبض صغیر، ضعیف اور عموماً سریع ہوجاتی ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد درد دھیما اور مستمر ہوجاتا ہے، یہاں تک کہ ایک زیادہ حاد قسم کا تازہ حملہ ہو۔ یا درد جاری رہتا ہے اور اُس کے آغاز کے چند گھنٹوں یا ایک یا دو دن بعد پیشاب میں صبغۂ صفرا نمودار ہوتا ہے اور مریض یرقانی ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا خاتمہ اس طرح ہو کہ سنگ اثنا عشری کے اندر چلا جائے، اور ایسی صورت میں صفراء کا سیلان پھر آزادی کے ساتھ ہونے لگتا ہے، درد رفع ہوجاتا ہے، اور یرقان بھی زیادہ تدریجی طور پر صاف ہوجاتا ہے۔ جب ایسا ہو تو سنگ صفراء کو براز میں تلاش کرنا چاہئے، جو اس وقت ملتا ہے جب کہ براز کو پانی میں دھو کر اس دھوون کو ایک چھلنی میں چھانا جائے۔ جب سنگ مشترک۔ قنات میں مغروز ہوجائے تو علامات اختلاف پذیر ہوتے ہیں لیکن سب سے زیادہ تمثیلی علامئیہ "چارکاٹ" متوالی قولنج قشعریرات، یرقان، اور نقصانِ وزن ہے۔ چونکہ سنگہائے صفراء کے ساتھ

407

بالعموم التہاب مرارہ (ملاحظہ ہو) متلازم ہوتا ہے لہٰذا اس کے متناظر علامات بھی موجود ہونے چاہئیں۔

تشخیص۔ قولنج صفراوی کا درد معدہ، معوی قولنج، کلوی قولنج وغیرہ کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے۔ لیکن سنگہائے صفرا کے گذر کے ساتھ درد ہمیشہ نہیں ہوتا اور ممکن ہے کہ اس علامت کی غیر موجودگی کے سبب سے اُن اصابتوں کے سمجھنے میں غلط فہمی ہو جائے جن میں انعراز کے ساتھ یرقان ہوتا ہے۔ مشترک قنات کے تسدد سے پیدا شدہ یرقان کی اصابتوں میں، اگر مرارہ محسوس نہ کیا جا سکے تو تسدد سنگہائے صفرا کے باعث ہے۔ اگر ایک ڈھیلا موجود ہو تو تسدد غالباً کسی دوسرے سبب سے ہے، جو عموماً ایک بالیدہ ہوتی ہے (قانونِ کوروائزیئر = Courvoisier's law)۔ مزاولت میں یہ تقریباً ۹۰ فی صدی اصابتوں میں صحیح ہوتا ہے۔ سنگہائے صفرا لاشعاعوں کے سدِ راہ ہونے میں اور اس طرح اپنے سایہ سے اپنی موجودگی ظاہر کرنے میں بڑی حد تک اختلاف ظاہر کرتے ہیں۔ خالص کالیسٹرین کے سنگہائے صفرا لاشعاعوں کے لئے شفاف ہوتے ہیں، اور ایک منفی سایہ پیدا کرتے ہیں، یعنی مرارہ نگاشت میں ایک صاف رقبہ (صفحہ ۳۲ ب)۔ بائلی روبین اور کیلسیم کے ملحات موجود ہوتے ہیں تو وہ لاشعاعوں کے گذر میں سدِ راہ ہوتے ہیں (صفحہ ۳۱)۔ ایک نہایت ممیز منظر گول عتمت ہے، جس کا مرکز غیر شفاف ہوتا ہے اور اس مرکز کو ایک صاف تر تہ محصور کرتی ہے۔ اثناعشری میں انبوبہ کے ادخال (duodenal intubation) سے کام لینا چاہیئے۔

اِنذار۔ قولنج کے پہلے حملے میں انذار کا ناموافق ہونا ضروری نہیں بہت اشخاص متعدد حملوں کے بعد شفایاب ہو جاتے ہیں۔ لیکن سرطان ہو جانے کے امکان کو فراموش نہ کرنا چاہیئے۔

علاج۔ التہاب مرارہ کا علاج ملاحظہ کرنا چاہیئے۔

قولنج صفراوی کے حملہ کے لئے مریض کو گرم مغسل میں رکھنا چاہیئے، یا گرم تکمیدات اور پولٹیس دائیں جانب پر لگانی چاہئیں۔ سب سے زیادہ آرام مارفیا کے ۱/۴ یا ۱/۳ گرین کے تحت الجلد اشراب سے حاصل ہوگا، جسے ضرورت ہو تو تین یا چار گھنٹوں میں مکرر دینا چاہیئے۔ بعض اوقات کلوروفارم کے استنشاق سے عارضی

ع ۳۲

الف۔ شعاع نگاشت انتصابی وضع میں تاکہ منقوب ہضمی قرحہ کی اصابت میں جگر اور دائیں ڈایافرام کے درمیان گیس کی موجودگی دکھائی جائے۔ (لیوس ہم کے شفاخانہ میں لی گئی میڈیکل سپرنٹنڈنٹ ڈاکٹر ریج۔ ناکولڈس)

ب۔ مرارہ نگاری۔ کولسٹرال کے سنگوں کے قریب "منفی" سایے (شعاع نگاشت مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہے)

بالمقابل صفحہ 407

آرام ہو سکتا ہے۔ پپاویرین ہائڈروکلورائڈ (papaverine hydrochloride) (۱/۲ تا ۱ ۱/۲ گرین) بھی براہ دہن آزمائی جائے۔

جب سنگہائے صفرا مسلسل تکلیف کا باعث ہوں، یا جب پیچیدگیوں کا خطرہ ہو تو مرارہ برآری (cholecystictomy) کا عملیہ کر کے سنگ یا سنگہائے صفرا کو مرارے یا قناتوں سے نکال لینا چاہئے۔ ممکن ہے کہ مرارے کا استیصال کر دینا مناسب ہو۔

تقیحی التہاب قنات ہائے صفرا

(suppurative cholangitis)

یہ ہمیشہ خرد عضویوں، مثلاً نبقات سبحیہ، نبقات عنبیہ، نبقات رئویہ عصیہ محرقہ، اور عصیۂ قولونی معمولی کی سرایت کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ اور مقامی مرض، جیسے کہ سنگہائے صفرا سے (جو اس کا عام ترین سبب ہے)، سرطان سے، کیسیتی دو یرے کے قناتوں کے اندر پھٹ جانے سے، یا انفلوئنزا، ذات الریہ، تپ محرقہ اور ہیضہ کی زیادہ عمومی سرایتوں سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سارے جگر کی صفراوی قناتوں کا ورم اور دبازت پیدا ہو جاتی ہے اور جگر بڑا ہو جاتا ہے۔ یہ قناتیں متسع ہو جاتی ہیں، تقیح کے کثیر التعداد مرکز پیدا ہو جاتے ہیں جو چھوٹے یا بڑے پھوڑے بنا دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ التہاب بنقراسی قنات تک پھیل کر تقیحی التہاب بنقراس پیدا کر دے یا سطح کے قریب کے پھوڑے مقامی یا عمومی التہاب باریطون پیدا کر دیں۔ کبھی کبھی سرایت ایسی پھیلتی ہے کہ عمومی تقیح الدم یا ساری التہاب دروں قلبیہ (infective endocarditis) پیدا کر دیتی ہے۔

علامات یہ ہوتے ہیں:۔ جگر پر درد اور الیمیت، عدم اشتہا، متلی قے، قشعریرہ، تپ، جو ملیریا کی طرح وقفہ دار ہو سکتی ہے، انبطاح، اور اکثر یرقان۔ اس حالت کو بعض اوقات متوقف کبدی تپ کہتے ہیں۔ عموماً مرض کی ترقی کے ساتھ جگر کی جسامت بڑھ جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ طحال بڑھ جائے۔ مرض کی مدت چند ہفتوں سے لے کر کئی ماہ تک ہوتی ہے، اور یہ مرض مہلک ہوتا ہے۔

تشخیص ۔ ملاحظہ ہو تقیحی التہاب ورید الباب ۔

علاج ۔ یہ صرف جراحی ہو سکتا ہے ۔ جہاں ممکن ہو مرارے کو کھول کر دیا، جو قناتیں مل سکیں ان کو کھول کر قنات ہائے صفرا کی تسئیل کرنی چاہئے ۔

بنقراس کا امتحان

بنقراس میں دو مختلف طرز کے افرازی خلیات ہوتے ہیں :۔ (۱) عُنیبی خلیے جو بنقراسی رس کا افراز کرتے ہیں اور (۲) جزائر لنگرہانس کے خلیے، جو ایک ہارمون کا افراز کرتے ہیں، جو کاربوہائڈریٹ کے تحول کے لئے ضروری ہوتا ہے ۔ یہ دونوں اقسام الگ الگ مبتلائے مرض ہو سکتے ہیں ۔

تازہ مشاہدات سے ظاہر ہوا ہے کہ تندرست ہضم کے دوران میں صفرا اور بنقراسی رس کے درمیان حسب ذیل تعلق ہے :۔ غذائی سکون کے زمانہ کے دوران میں جگر مسلسل صفرا کا افراز کرتا ہے جو مرارے کے اندر ذخیرہ کر لیا جاتا ہے ۔ کھانے کے بعد معدے کے بوابی عضلۂ عاصرہ سے انقباض کی امواج دوویہ نیچے آنت کے طرف جاتی ہیں ۔ انقباض کی ہر موج سے پہلے ایک منفی موج ارتخار (negative wave of relaxation) واقع ہوتی ہے، چنانچہ اوڈی (Oddi) کے مرغی عضلۂ عاصرہ کی راہ سے کچھ صفرا خارج ہو جاتا ہے ۔ یہ صفرا معدے سے آئے ہوئے مافیہا کے ساتھ مخلوط ہو جاتا ہے، اور وہ اُسے ایک ایسا کافی تعادل دے دیتے ہیں کہ معائی غشائے مخاطی میں سے ملحات صفرا کا انجذاب یقینی ہو جاتا ہے ۔ یہ ملحات صفرا خلیات میں سے ہو کر گذرنے میں اُن کے اندر کی سابق التکوین سیکریٹین (secretin) کو جذب کر کے بابی خون کے اندر چلے جاتے ہیں ۔ یہ سیکریٹین لبلبہ سے افراز پیدا کراتی ہے اور آزاد شدہ صفراوی ملح جگر میں منتقل ہو جاتا ہے، جس سے صفرا کی ایک مزید مقدار کا افراز پیدا ہوتا ہے ۔ سیکریٹین مزید برآں مرارے کو ایک دیرپا انقباض کی حالت میں لے آتی ہے، لہذا اثنا عشری میں اور زیادہ صفرا داخل ہوتا ہے ۔

سیکریٹین کا پیدا کردہ بنقراسی افراز صحیح pH کا سوڈیم بائی کاربونیٹ کا ایک مُرتّق محلول ہوتا ہے، جو سابق التکوین خمیروں کو دھوڈالتا ہے۔ خمیروں کی پیدائش کے لئے مختلف ہیجان کی ضرورت ہوتی ہے۔ اثنا عشری کے اندر ٹرپسنوجن کی فعّال شدگی اینٹیروکائنیس (enterokinase)، سپید خلیوں جراثیم وغیرہ سے ہوتی ہے (86)۔

بنقراس کے وظیفی کاشفات

بنقراس کے بیشتر وظیفی کاشفات کے ذریعہ یہ دریافت کیا جاتا ہے کہ آیا (ا) عنبی خلیات سے خارج ہونے والے بیرونی افراز کی قلت ہے، یا (ب) جزائر سے نکلنے والے اندرونی افراز کی قلت ہے۔ تاہم لیوی کا موسع حدقہ کاشفہ (Loewi's mydriatic test) (جو صرف چند اصابتوں میں مثبت ہوتا ہے، اور جحوظی گائٹر کی بعض اصابتوں میں بھی مثبت ہوتا ہے) بنقراس اور مشار کی نظام کے کسی باہمی وظیفی تعلق پر منحصر ہوتا ہے۔ یہ دیکھنے کے لئے کہ آیا حدقات چشم مساوی ہیں اور معمولی تعامل کرتی ہیں، آنکھوں کا امتحان کیا جاتا ہے۔ ایک آنکھ کے اندر ایڈرینین (adrenin) (۱۰۰۰ میں ۱) کا محلول ٹپکا کر اس آنکھ کو بند کر دیا جاتا ہے۔ یہ پانچ منٹ کے اندر دو بار مکرر کیا جاتا ہے۔ ایک گھنٹے تک آنکھوں سے کام نہیں لیا جاتا۔ اگر اس عرصہ میں ایڈرینین یافتہ آنکھ کی پتلی دوسری آنکھ (جس سے معیار کے طور پر کام لیا جاتا ہے) کی پتلی کی بہ نسبت بڑی ہو گئی ہے، تو یہ امتحان مثبت ہے اور بنقراسی مرض ظاہر کرتا ہے۔

بیرونی افراز کی قلت۔ شحم برازی (steatorrhœa) کو ابتک بنقراسی مرض کی ایک ممیّز ترین امارت سمجھا جاتا ہے اور وہ یہ ہے۔ براز کے اندر مائع شحم خارج ہوتی ہے، جو سرد ہونے پر منجمد ہو کر سپید یا زرد ڈھیلے بنا دیتی ہے۔ پاخانے مقدار میں زیادہ، نرم یا شاحب ہوتے ہیں۔ اور اُن میں غیر تبدیل شدہ چربی کے علاوہ شحمی ترشے اور صابن موجود ہو سکتے ہیں۔ جہاں خالی آنکھ سے پاخانے صریحاً تبدیل شدہ نظر نہ آئیں ممکن ہے کہ خردبین سے اُن میں کثیر التعداد شحمی گلوبچے

409

اور شحمی ترشوں کی قلمیں نظر آئیں۔ کیمیائی طور پر شحم برازی کے درجہ کی تخمین کرنے کے لئے : صرف براز کے اندر کی چربی کا معلوم کرنا بلکہ غذا میں ملی ہوئی چربی کا دریافت کرنا بھی اہم اور ضروری ہے۔ شدید اصابتوں میں ۵ تا ۶۰ فی صدی شحمی در آمد براز میں ضائع ہو جاتی ہے۔ طبعی شحمی نقصان صرف تقریباً ۱۰ فی صدی ہوتا ہے۔ اور شحم خشک کردہ براز کا ¼ - ⅓ سے زیادہ حصہ نہیں ہوتی، اور اس میں سے ¼ - ⅓ سے زیادہ حصہ گلسرین اور شحمی ترشہ میں منشقوق نہیں ہوتی۔

اس امر میں کہ شحم برازی عموماً بنقراسی الاصل ہوتی ہے شبہ کرنے کیلئے دو وجوہ ہیں :۔ (۱) وہ نہایت عام طور پر اُس وقت ناقص انجذاب سے پیدا ہو جاتی ہے جب کہ شکمی تدرّن یا بالیدہ سے لبنیات متسدد ہو گئے ہوں۔ ان اصابتوں میں پاخانے میں کی چربی بڑی حد تک منشقوق ہوتی ہے۔ (۲) اس امر کی شہادت پیش ہو رہی ہے کہ انجذاب شحم کے لئے بنقراسی رس اتنا اہم عامل نہیں کہ جتنا معاء میں صفرا کی موجودگی۔ فی الحقیقت، بنقراسی قنانوں کی تجربی بندش یا استیصال سے اس انجذاب پر اثر پڑتا نہیں معلوم ہوتا (74)۔ پیدائشی شحم برازی بھی بیان کی گئی ہے، اور اسہال، شکمی مرض (cœliac disease) اور معدی قولونی ناسور میں پاخانے میں چربی زیادہ ہو جاتی ہے، اور پاخانے بڑی جسامت کے ہوتے ہیں۔

لحم برازی (creatorrhœa) ٹرپسین (trypsin) کی غیر موجودگی کے سبب سے ہوتی ہے۔ غیر منہضمہ مخطط عضلہ کے کثیر التعداد ریشے، جو غذا میں کھائے ہوئے گوشت سے حاصل ہوتے ہیں، خردبین سے پاخانے کے اندر دیکھنے میں آتے ہیں۔ وافر اسہال میں بھی لحم برازی ہو جاتی ہے، چنانچہ اس مغالطہ کو رفع کرنے کے لئے لحمی غذا کے ساتھ چار کول یعنے کوئلہ لیا جاتا ہے، اور سیاہ پاخانے کا امتحان صرف اسی صورت میں کیا جاتا ہے جب کہ وہ ادخال غذا کے بعد اٹھارہ تا تیس گھنٹوں کے درمیان خارج ہو (87)۔

بول میں ڈایاسٹیس (diastase)۔ یہ امتحان چوبیس گھنٹے کے بول کے نمونہ پر کیا جاتا ہے۔ صحیح نتائج حاصل کرنے کے لئے سب سے پہلے یہ ضروری

ہے کہ بول کی تعدیل $\frac{N}{10}$ سوڈیم ہائڈریٹ یا ہائڈروکلورک ایسڈ کے ساتھ کریں یہاں تک کہ ترشگی درجۂ انسب کی ہو جائے، یعنے بول کا pH ۶٫۷ ہو۔ یہ حالت اُسوقت ہوتی ہے جب کہ بول میں فینال ریڈ (phenol red) کو بطور ایک مظہار کے ملانے سے ایک خفیف سی گلابی جھلک پیدا ہو جاتی ہے (92)۔ اس بول کے ۰٫۶، ۰٫۴، ۰٫۲، اور ۰٫۱ سی سی چار نلکیوں میں رکھ کر ان میں طبعی مالح (۰٫۹ فی صدی) ملا کر ہر ایک کو ایک سی سی کر دیا جاتا ہے۔ بول کو طبعی مالح سے دس گنا مرقق کر کے پھر یہی طریقہ اختیار کیا جاتا ہے، اور آٹھ نلکیوں میں ایسی طاقتوں کا بول ہو جاتا ہے جو ۰٫۶، ۰٫۴، ۰٫۲، ۰٫۱، ۰٫۰۶، ۰٫۰۴، ۰٫۰۲، ۰٫۰۱، سے متناظر ہوتی ہیں۔ پھر ہر نلکی میں ۰٫۱ فی صدی حل پذیر نشاستہ کے ۲ سی سی ملا دئے جاتے ہیں۔ پھر ان نلکیوں کو نصف گھنٹے کے لئے ۳۷ درجہ سینٹی گریڈ پہ مختضن کر لیا جاتا ہے۔ ٹھنڈا ہونے کے بعد ان نلکیوں میں سلسلہ وار ۰٫۱ طاقت والے بول کی نلکی سے شروع کر کے، $\frac{N}{50}$ آیوڈین قطرہ قطرہ کر کے ملا دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ اُن میں رنگ کا تغیر موقوف ہو جائے۔ ایسی سب سے پہلی نلکی کہ جس میں نیلا رنگ نہیں نمودار ہوتا، بول کے اندر ڈایاسٹیس کی مقدار ظاہر کرتی ہے، جو ۲ کو اُس نلی کی طاقت سے تقسیم کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ مثلاً اگر ۰٫۰۶ نلی میں نیلا رنگ نہ پایا جائے تو ڈایاسٹیس کی مقدار ۳۳ اکائیاں ہوگی۔ ڈایاسٹیس کی طبعی مقدار ۱۰ اور ۲۰ کے درمیان اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بنقراسی مرض میں بول کے اندر ڈایاسٹیس کی مقدار (یعنی ڈایاسٹیس کا نمائندہ) زیادہ ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ اِس کا تعلق دراصل بنقراس کے اندرونی افراز سے ہو۔ کیمج (Cammidge) یقین کرتا ہے کہ اس افراز کی قلت، کبدی ڈایاسٹیس کو خون کے اندر رہا کر کے بول میں اُس کی مقدار کی زیادتی پیدا کر دیتی ہے۔

اندرونی افراز کی قلت۔ نمایاں اصابت میں یہ شکر بولیت پیدا کر دیتی ہے، اور نسبتہً کم نمایاں اصابتوں میں ممکن ہے کہ تحمل شکر میں کمی ہو جائے۔ اِس کے جانچنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ مریض کو ڈیکسٹروس کی ایک معتاد دے کر دموی شکر کی زیادتی کو دیکھا جائے، نیز یہ بھی کہ بول میں کوئی شکر خارج ہوئی ہے

یا نہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 463)۔ کیمج، فارسائتھ (Forsyth) اور ہاورڈ (Howard)
کی تازہ تحقیقات نہایت بڑی نظری دلچسپی رکھتی ہے، اور ممکن ہے کہ اُس سے بنقراس
کے اندرونی افراز کی قلت کو اُس کے ابتدائی مدارج میں دریافت کرنے کے قیمتی
ذرایع حاصل ہو جائیں۔ اُن کا خیال ہے کہ جگر میں ایک نشاپاشش خمیرہ موجود ہوتا ہے
جو کلائکوجن کو توڑتا ہے اور ڈیکسٹرین (dextrin) جیسے اجسام کے ایک درجہ میں سے
گذارتا ہوا ڈیکسٹروس بنا دیتا ہے۔ طبعی حالت میں بنقراس کا اندرونی افراز اِس
خمیرہ کی فعالیت کو روکے رکھتا ہے۔ اگر بنقراس کا اندرونی افراز کم ہے تو سب سے
پہلے یہ ہوتا ہے کہ خون اور بول میں (کہ جس میں یہ ڈکسٹرنز خارج ہوتے ہیں) ان
ڈیکسٹرنس کی زیادتی ہو جاتی ہے، لیکن دموی شکر تقریباً اپنے طبعی لیول پر رہتی
ہے۔ اس کے ایک نسبتہً بعد کے درجے میں یہ ڈیکسٹرنس پورے طور پر ٹوٹ کر
ڈیکسٹروس بن جاتے ہیں، چنانچہ اب بیش شکر دمویت اور شکر بولیت پیدا 410
ہو جاتی ہے، اور خون اور بول میں سے ڈیکسٹرنس غائب ہو جاتے ہیں۔ یہی آخری
حالت ذیابیطس شکری میں پائی جاتی ہے۔ خون کے اندر ڈیکسٹرنس کی مقدار
کی پیمائش کرنے کے لئے ہائڈروکلورک ایسڈ کے ذریعہ اُن کی آب پاشیدگی
عمل میں لائی گئی جس سے وہ ڈیکسٹروس میں متغیر ہو گئے۔ پھر مجموعی ڈیکسٹروس کی
تخمین کی گئی۔ اِس مقداریں اور ڈیکسٹروس کی اُس مقداریں کہ جو ابتدائی خون
کے اندر آب پاشیدگی سے پہلے موجود تھی، جو قدر فرق ہے، اِس سے ڈیکسٹروس کی
وہ مقدار حاصل ہوتی ہے جو ڈیکسٹرنس کی وجہ سے تھا۔ بول کے لئے بھی یہی
طریقہ استعمال کیا جا سکتا ہے، یا وہ راست طریقہ کام میں لایا جا سکتا ہے جس میں
آیوڈین استعمال کرنی پڑتی ہے۔ یہ تخمینیں اصلی تعامل کیمج کی بجائے ہیں، جو کہ
غیر معتبر ہے۔

امراضِ بنقراس

حاد التہابِ بنقراس

(acute pancreatitis)

اَمراضیات - تجربی اور سریری مشاہدات ظاہر کرتے ہیں کہ حاد التہابِ بنقراس، اماتوں کی اکثریت میں اولاً جراثیمی سرایت کے باعث ہوتا ہے، جو ٹرپسنوجن (trypsinogen) کو ٹرپسین (trypsin) میں متغیر کر کے بنقراسی رس کو فعال بنا دیتی ہے۔ مَرَضی غدے کے ممیز مناظر، فعال بنقراسی رس سے اس کے ہضم ہو جانے کے باعث ہوتے ہیں۔ فربہی سے حاد التہابِ بنقراس کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ حملے بار بار ہو کر بالآخر ایک آخری حادثہ میں منتہی ہو سکتے ہیں۔ یہ التہاب عموماً سنگہائے صفرا یا التہابِ مرارہ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ لیکن حاد التہابِ بنقراس میں سنگ صفرا کا انتفاخ واٹیر میں مغروز پایا جانا بہت عام نہیں، اور جب یہ حالتِ انغراز ہوتی ہے تو سنگ غالباً اتنا کافی بڑا ہوتا ہے کہ قناتِ ورسنگ (Wirsung's duct) کے مخرج کو مسدود کرتا اور صفرا کو اوپر بنقراس کے اندر جانے سے روک دیتا ہے۔ تاہم یہ ممکن ہے کہ چھوٹے سنگ انتفاخ کے مقام پر مغروز ہو کر بنقراسی قنات میں وقفہ دار رکوو پیدا کر دیں، اور متلازم سرایت جو صفراوی قناتوں سے پھیلتی ہے حملہ کو شروع کر دیتی ہے۔ قولنجِ صفراوی کے متواتر خفیف حملوں کی روداد کا حاصل ہونا بالکل عام ہے، جو اس مفروضہ کے ساتھ مطابقت کرتا ہے۔ حاد التہابِ بنقراس سرایت کے دوسرے متصلہ مرکزوں سے شروع ہو سکتا ہے، جیسے کہ اثنا عشری قرحہ اور التہابِ قناتہائے صفراء، اور بعض اوقات وہ ایسے ساری امراض، جیسے کہ تپ محرقہ، تقیح الدم اور عفونت الدم، نیز نکاف (mumps) میں واقع ہو جاتا ہے۔ بنقراس اور غددِ ریقیہ کی باہمی مشابہتِ ساخت کی وجہ سے آخر الذکر حالت دلچسپی سے

خالی نہیں۔

حادنزفی التہابنقراس (acute hæmorrhagic pancreatitis)
میں بنقراس متورم اور خستہ ہوجاتا ہے اور اس میں سرخ یا بھورے سے لے کر سیاہ تک تنقط ہوتا ہے، اور ساتھ ہی سطح پر اور خشکی بافت میں نزفات ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ خون بذریعہ وعایدری متصلہ ساختوں میں چلا جائے، یا کہفۂ باریطونی کے اندر خون آلود ستیال موجود ہو۔ خردبین سے بنقراس کی سنخیتی بافت تنخزی پائی جاتی ہے، اور اس کے ساتھ عموماً التہاب بھی ہوتا ہے، جیسا کہ کثیرالاشکال نواتی خلیوں کی دریزش سے ظاہر ہوتا ہے۔ یہ غالباً بنقراسی رس سے انہضام ہونے کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ شحمی تنخر ہمیشہ ایک نمایاں مظہر ہوتا ہے۔ بنقراس میں، اور متصلہ تحت الباریطونی شحم میں، بعض اوقات گردکلوی، واسطی اور گرد قلبی شحم میں بلکہ تحت الجلدی شحم تک میں ماندزرد یا غیر شفاف سپید رنگ کے چھوٹے چھوٹے تودے ہوتے ہیں، جو متصلہ تندرست چربی سے واضح طور پر متفرق، اور بعض اوقات ایک تنگ نزفی منطقہ سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ خارج شدہ بنقراسی افراز کے شحم پاش خمیر (لائیپیس = lipase) کے اس عمل سے پیدا ہوجاتے ہیں جو وہ چربی پر کرتا ہے۔ رہا شدہ شحمی ترشے کیلسیئم کے اساس کے ساتھ شریک ہوجاتے ہیں اور گلیسرین جذب ہوجاتی ہے۔

ایک نسبتاً بعد کے درجے میں، یا اگر یہ عمل زیادہ مزمن ہے تو تقیحی التہاب بنقراس (suppurative pancreatitis) واقع ہوجاتا ہے۔ بنقراس بڑا، متورم، اور پیپ سے درریختہ ہوتا ہے۔ یا اس میں جُدا جُدا پھوڑے موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایک آدھ پھوڑا کہفۂ باریطونی کے اندر، یا معدے یا آنت کے اندر پھوٹ پڑے، بابی اور طحالی اوردہ کی علقیت اور سرایت بھی واقع ہوسکتی ہے اور ساتھ ہی جگر میں سرحی پھوڑا بھی ہوسکتا ہے۔ مختلف اصابتوں میں معمولی عصیۂ قولونی اور ریم ساز عضویے پائے جاتے ہیں۔ دونوں شکلوں میں ممکن ہے کہ حاد التہاب باریطون سے بالآخر ہلاکت واقع ہوجائے۔

علامات۔ جب التہاب بنقراس نکاف کے دوران میں واقع ہوتا ہے تو

قئے اور شراسیفی درد کے ساتھ شراسیفی خطے میں ورم اور الیمیت موجود ہوتی ہے۔
نسبتہً زیادہ شدید نزفی التہاب بنقراس کی خصوصیت شکم کے بالائی حصے میں شدید بلکہ جاں گداز درد ہے، جو پھیل کر پشت تک پہنچتا ہے۔ وہ مثقوب ہضمی قرحہ کے درد کے نسبت زیادہ تکلیف دہ ہوتا ہے اور اکثر مارفیا سے رفع نہیں ہوتا۔ تاہم استواری عموماً زیادہ نہیں ہوتی، کیونکہ سیال کی دافع عفونت نوعیت کے باعث عموماً عمومی التہابِ باریطون نہیں ہوتا۔ شاید پروٹین پاش اشیا کے انجذاب کی وجہ سے صدمہ، جس کے ساتھ زراق ہوتا ہے، جلد ہی پیدا ہو جاتا ہے۔ اکثر بظاہر تندرستی کی حالت کے دوران میں علامات بالکل یکایک پیدا ہو جاتی ہیں۔ بعض اوقات چند گھنٹوں کے بعد شکم کے بالائی حصے میں ایک محدود المقام الیم ورم نمودار ہو جاتا ہے، لیکن تشخیص کے مشکلات ایسے ہیں کہ اکثر غلطی سے اس حالت کو معوی تسدد (intestinal obstruction) سمجھ کر اس کے ازالہ کی غرض سے شکم چاک کر دیا گیا ہے۔ یہ اصابتیں عموماً چار یا پانچ دنوں کے اندر مہلک ثابت ہوتی ہیں، لیکن بعض ایسی بھی ہیں جو شکم شگافی کے بعد شفایاب ہو گئیں۔ تقیحی التہاب بنقراس کے علامات بھی اس کے مماثل لیکن نسبتہً کم نمایاں اور کم حاد ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ مرضی حالت کئی مہینوں تک جاری رہے۔ سلعہ صرف مریضوں کی ایک چوتھائی میں محسوس ہوتا ہے، اور یہ تاچہ باریطونی صغیر میں سیال کے اجتماع کے باعث ہوتا ہے۔ اکثر ایسے علامات کا اندراج نہیں ہوا ہے جو بنقراسی وظیفول کے فشل سے منسوب کی جا سکیں، لیکن اس کی وجہ شاید یہ ہو کہ ان کی تلاش ہی نہیں کی گئی۔ شکر بولیت اور بولی ڈایاسٹیس کی زیادتی سے تشخیص میں قیمتی امداد ملے گی۔ بعض اوقات یرقان موجود ہوتا ہے۔

علاج۔ اگر علامات ضروری التوجہ ہوں تو شکم شگافی کا عملیہ فوراً انجام دینا چاہیئے۔ ممکن ہے کہ دریافت شدہ حالت مقامی تدابیر کی متقاضی ہو۔ مثلاً ایک نزفی مرض کی حالت میں بنقراس میں شگاف دے کر، اور نزف کو بندش کے ذریعہ روک کر تسئیل قائم کر دی گئی۔ تقیحی التہاب بنقراس کی حالت میں پھوڑے میں شگاف دینا اور تسئیل کرنا قطعاً ضروری امور ہیں۔ عملیہ کوئی بھی ہو اس میں مرارہ

اور مشترک قنات صفرا کا امتحان التہاب مرارہ اور سنگہائے مرارہ کے لئے کر کے مرارہ کی تسئیل کر دینی چاہئے۔

مزمن التہاب بنقراس

(chronic pancreatitis)

یہ رختکی بافت کو متاثر کر کے بہت لیفی بالیدگی پیدا کر دیتا ہے، جس سے نتیجۃً غدی ساختوں کا ذبول پیدا ہو جاتا ہے، جو کہ بہت جگر میں پائے جانے والے تغیرات سے مماثل ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ اُس مرض میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ مزمن التہاب بنقراس میں بھی لیفی جال عنیبات کے بڑے گروہوں کو محصور کرے (بین لختکی = interlobular)، یا نسبتۃً بہت زیادہ شاذ طور پر منفرد عُنیبات کو محصور کرے (بین عُنیبی = ioteracinar)۔ عموماً اس عضو کا سر سب سے زیادہ ماؤف ہوتا ہے۔ جرم نہایت کثیف اور سخت ہو جاتا ہے، اور نسبتہ قلیل الوقوع بین عنیبی شکل میں ممکن ہے کہ بہت کلانی واقع ہو جائے۔ مزمن التہاب بنقراس کی تسبیب بالکل وہی ہے جو کہ حاد التہاب بنقراس کی تسبیب ہے۔ وہ عموماً متصلہ التہابات جیسے کہ باریطون کے، قنات صفرا کے، معدے اور آنتوں کے التہاب، مثلاً التہاب زائدۂ دودیہ کے پھیلنے سے پیدا ہو جاتا ہے، جس سے ساری عضویے اوپر کو بنقراسی قناۃ میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ نیز وہ بنقراسی قنات میں انجمادات کی موجودگی سے، یا محبوس بنقراسی افرازات کی موجودگی سے پیدا ہو جاتا ہے۔ یا سرطان سے قنات کے مضغوط ہو جانے سے، یا مرض قلب سے وریدی امتلاء ہو جانے سے پیدا ہو جاتا ہے، اور شاید آتشک سے اور الکحل کے ناجائز استعمال سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سنگہائے صفرا مزمن التہاب بنقراس کا ایک عام سبب ہیں بالخصوص اُس وقت جب کہ ایک سنگ انتفاخ واٹیر میں، یا مشترک قنات میں واقع ہو، یا جب اُن کی موجودگی کا یہ نتیجہ ہو کہ تقیحی التہاب قنات ہائے صفرا پیدا ہو گیا ہو۔ قناتی تسدد اور سرایت کی ان مثالوں میں سے بیشتر میں بین لختکی شکل کا مزمن التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ صلابت الشرائین (arterio-sclerosis) بھی

مزمن بنقراسی التہاب کا ایک سبب ہے، جو اس صورت میں عموماً بین غنیبی قسم کا ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ بین لختکی شکل میں بنقراس کثیف اور سخت ہوجاتا ہے، اس میں لیفی بافت کے چوڑے بند لختکوں اور مدفون رقبوں کے درمیان دوڑتے ہیں، ان رقبوں میں سے بعض تو متلبسہ غدی جرم کے ہوتے ہیں اور بعض خوب مصبوٰن بافت کے۔ بالعموم جزائر لنگر ہانس غیر متاثر رہتے ہیں۔ بین غنیبی شکل میں غنیبات مذبول ہوجاتے ہیں، اور جزائر لنگر ہانس اکثر اوقات لمف آسا خلیوں کی در ریزش سے اور صلابت سے ماؤف ہوجاتے ہیں۔

412 مزمن التہاب بنقراس کی یہ ہر دو شکلیں چربی کے بڑے جماؤ (شحم سلعیت = lipomatosis) سے پیچیدہ ہوسکتی ہیں، بالخصوص اُن اشخاص میں جن کو فربہی کی شکایت ہو۔

علامات۔ راقم الحروف کا ایک مریض ایک ۴۹ سالہ شخص تھا، جسے بالکل اثنا عشری قرحے سے مشابہ علامات تھیں، اور ساتھ ہی اُس کا معدہ چھوٹا اور مستقر مٹ تھا، جو بہ سرعت خالی ہوجاتا تھا، لیکن نہ تو کلاہ کا تشوّہ تھا اور نہ مخفی خون موجود تھا۔ مشتبہ سنگہائے صفرار کے لئے جراحی عملیہ انجام دیا گیا، لیکن صفراوی خطہ وغیرہ طبعی پائے گئے۔ دوسری اصابتوں میں کوئی علامات نہیں ہوتے، یا سوءِ ہضم کے مبہم سے علامات ہوتے ہیں، یا ممکن ہے کہ بَول کے ساتھ نمایاں بنقراسی قلت موجود ہو۔ مزید برآں ممکن ہے کہ بنقراس کا متورّم سر مشترک صفراوی قنات کو جو اس کے اندر محصور ہوتی ہے مضغوط کردے اور اس طرح تسددی یرقان پیدا کردے۔ اس کا نتیجہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ عملیہ کردیا جاتا ہے، جس کے بعد ایک سخت بنقراس محسوس ہوتا ہے۔ تقریباً ایک ثلث اصابتوں میں یہ ڈھیلا التہاب بنقراس کی وجہ سے ہوتا ہے، اور دو ثلث اصابتوں میں بنقراس کے سر کے سرطان کے باعث۔

جہاں مزمن التہاب بنقراس کے باعث ذیابیطس شکری پیدا ہوجاتا ہے، اوپائی (Opie) بیان کرتا ہے کہ یہ تقریباً بالکل بین غنیبی شکل سے پیدا

ہوتا ہے، جس میں بالخصوص جزائر لنگرہانس متضرر ہوتے ہیں۔ بین لختکی شُبّل سے ذیابیطس شکری صرف انتہائی اصابتوں میں اس وقت پیدا ہوتا ہے جب کہ انحطاطی عمل اُن جزائر تک پہنچ جاتا ہے جو کہ لختکوں کے مرکز میں واقع ہیں۔

علاج ۔ چونکہ بہت سی اصابتوں میں مزمن التہاب کو صفراوی اور بنقراسی قناتوں کی، اور معدی معوی غشائے مخاطی کی اختلالی حالتوں سے منسوب کیا جا سکتا ہے، لہذا ان اولی اختلالات کے علاج کی طرف سب سے پہلے توجہ کرنا چاہئے۔ اول الذکر حالت میں اکثر اخراجِ سنگ کے لئے جراحی عملیہ کی ضرورت ہوگی، اور آخر الذکر حالت میں موزون غذائی اور دوائی علاج کی ضرورت ہوگی۔ ایسی اصابتوں کا بھی اندراج ہوا ہے جن میں مرارے میں سے اطالت پذیر تسییل کرنے سے علامات میں کامیابی کے ساتھ تخفیف حاصل ہوگئی ہے۔

سنگ ہائے بنقراس

(pancreatic calculi)

اِن کا وقوع ادھیڑ عمر کے آدمیوں میں ممکن ہے۔ یہ ہرگز عام نہیں ہیں۔ یہ قناتوں کی نازلت سے اور افراز میں تاخیر ہو جانے سے منسوب کئے جا سکتے ہیں، اور کیلسیم کاربونیٹ اور کیلسیم فاسفیٹ پر، اور بعض اوقات کیلسیم آگزیلیٹ پر مشتمل ہوتے ہیں۔ یہ ریتی کے ذروں جیسے، یا اتنے بڑے کہ ہیزل نٹ (hazel-nut) کے برابر، اور عموماً گول یا بیضوی، اور کبھی ناہموار یا شاخ دار ہو سکتے ہیں۔ رنگ میں یہ سپید یا رمادی مائل سپید، بعض اوقات بھورے یا تقریباً سیاہ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ قنات یا اُس کی شاخوں کو مسدود کر دیتے ہیں اور قناتوں کا اتساع، احتباسی دُویرے، حاد التہاب معہ تقیح یا مزمن تصلب کے، بلکہ گردو پیش کے حصوں تک میں التہاب پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ شاذ ہی علامات پیدا کرتے ہیں، اِلّا یہ کہ یہ علامات ان کے ثانوی اثرات سے پیدا ہو جائیں، مثلاً اُس التہاب سے جو یہ پیدا کر دیتے ہیں، یا دُویروں کے بننے سے، یا غدے کے ذبول یا کہبت کے پیدا ہو جانے سے۔

تشخیص، شعاع نگاری کے ذریعہ اور سنگوں کے لئے پاخانوں کا امتحان کرکے کی جاتی ہے۔ ان کو کبھی کبھی جراحی عملیہ کے ذریعہ سے نکالنے میں کامیابی ہوئی ہے، بیشتر اصابتوں میں قنات ورسنگ سے۔

بنقراس کے نومایے اور دُویرے

سرطان (carcinoma) جو تقریباً ہمیشہ اوّلی ہوتا ہے، بنقراس کا اہم ترین سلعہ ہے۔ یہ اکثر غدے کے سر میں محدود ہوتا ہے۔ یہ ایک بے قاعدہ گرہکی سخت سلعہ ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ اتنی کافی جسامت رکھتا ہو کہ موزوں حالات کے تحت اسے جدار شکم میں سے محسوس کرنا ممکن ہو۔ جوں جوں یہ گرہکیں جسامت میں بڑھتی جاتی ہیں بنقراسی قنات کے تسدد ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، جس سے ایک دُویرہ بن جاتا ہے۔ کبھی کبھی دباؤ سے یا مزمن التہاب کے پھیلنے سے مشترک صفراوی قنات مسدود ہو جاتی ہے، جس سے یرقان پیدا ہو جاتا ہے۔ درحقیقت ادھیڑ اور مسن اشخاص میں یرقان پیدا ہونے کا ایک عام سبب یہی ہے، دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ سرطان معدے، اثنا عشری، باریطون، فقرات، یا دوسری ساختوں کو بھی ماؤف کردے۔ علامات مزمن التہابِ بنقراس کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن نحول عموماً نمایاں ہو جاتا ہے۔

بنقراسی دُویرے (pancreatic cysts)۔ یہ بیشتر اوقات بنقراس کی دُم اور جسم میں نمویاب ہو جاتے ہیں۔ یہ قناتِ ورسنگ کے تسدد کی وجہ سے (جو سنگ سے پیدا ہو جائے، یا باہر سے دباؤ پڑنے کے باعث ہو) احتباسی دُویرے ہو سکتے ہیں۔ دوسرے دُویرے جرم غدہ کے اندر بنتے ہیں جو نزفی التہابِ بنقراس کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ متصلہ باریطون میں کاذب دُویرے (pseudo-cysts) نمویاب ہو جاتے ہیں جس کی وجہ سیال کا انسکاب ہے اس خراش آور بنقراسی رس کی ترقیق کے لئے جو حاد التہاب بنقراس کے باعث رہا ہوتا ہے۔

ایک کافی جسامت رکھنے والا دویرہ شکم کے بالائی حصے میں خط درمیانی میں

یا اُس کے ایک طرف، ایک گلو بچہ نمار سولی بنا دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ قولون مستعرض کے نیچے اُبھر آئے اور ایک بیضی دُو یرے سے مشابہ ہو، گو نیچے سے جس کرنے پر یہ اوپر کے طرف دھکیلا جا سکتا ہو۔ یہ معدے اور قولون مستعرض کے درمیان یا جگر اور معدے کے درمیان آگے کی طرف بروز کر سکتا ہے۔ اِس کے تعلقات کی تعیین، لاشعاعوں سے (غیر شفاف غذا کے بعد) یا کھو کھلے احشا کے نفوخ کے بعد قرع کے ذریعہ سے کی جا سکتی ہے۔ بنقراسی سلعہ اکثر گہرے شہیق کے دوران میں ساکن رہتا ہے، لیکن اگر وہ ڈایافرام سے متماس ہے تو ممکن ہے کہ وہ ½ یا ¾ انچ نیچے کے طرف حرکت کرے۔ اُس کے اندر کا سیال مکدر، بھورے یا سبزی مائل رنگ کا، قلوی اور البیومینی ہوتا ہے، اور اُس کی کثافت نوعی ۱۰۱۰ تا ۱۰۲۰ ہوتی ہے۔ اُس کے اندر متغیر شدہ دموی لون اور مختلف بنقراسی خمیر موجود ہو سکتے ہیں۔ نحول اور بعض اوقات درد یا یرقان موجود ہوتا ہے۔ پیشاب میں بعض اوقات شکر موجود ہوتی ہے۔

وہ اورام جن کا اُس کے ساتھ خلط ملط ہو جانا بہت ممکن ہے، یہ ہیں: دوسرے کسی عضو کا کیسیتی دو یرہ، استسقار الکلیہ (hydronephrosis)، محدود المقام التہاب بار یطون، اور بیضی مرض۔ اگر وہ زیادہ تر بائیں طرف ہے اور شہیق سے حرکت کرتا ہے تو وہ ایک طحالی یا کلوی سلعہ سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ امتصاص کے ذریعہ سے حاصل شدہ سیال کی نوعیت سے امداد حاصل ہونی چاہئے۔ بنقراس کے پیدائشی دُو یرے اور کیسیتی دُو یرے شاذ ہی ہوا کرتے ہیں۔

علاج۔ بنقراسی دُو یروں کا علاج اکثر شگاف اور تسئیل سے کامیابی کے ساتھ کیا گیا ہے۔ دوسرے سلعات کے تدارک میں نسبتہً کم آسانی ہوتی ہے، اور اُن کا علاج یہی ہونا چاہئے کہ علامات میں تخفیف حاصل ہو جائے۔ اگر سلعہ کا استیصال ناممکن ہو تو مرارہ شگافی اور مراری معوی تفجیر سے کچھ آرام حاصل کیا جا سکتا ہے۔

امراض باریطون

حاد التہاب باریطون

(acute peritonitis)

بحث اسباب - حاد التہاب باریطون محمولۂ خون سرایت سے ہوسکتا ہے، یعنی نبقی ریوی التہاب باریطون، اور نہایت شاذ صورتوں میں نبقی سبحی التہاب باریطون۔ اکثر الوقوع سبب شکمی احشاء کا کوئی ضرر ہوتا ہے، جیسے کہ مثقوب ہضمی قرحہ، لفائفی کے مثقوب محرقی یا تدرنی قروح، اور قولون کے زحیری قروح، اعوری زائدہ کا التہاب اور اغشاث، جگر کے پھوڑے، مرارے کا تقیح حاد معوی تسدد معہ تخنیق کے، طحال کا انفعام اور خراج، وہ کثیر التعداد التہابی ضررات جو عورتوں کے حوضی اعضاء کو ماؤف کرنے کا رجحان رکھتے ہیں، یعنے التہاب الرحم (metritis) التہاب نزورحمہ (parametritis)، التہاب بیض، التہاب انبوبۂ فلوپی (salpingitis)، حوضی دموی قیلہ (pelvic hæmatocele)، اور بعض اوقات وہ سرایت جو التہاب حوض الکلیہ (pyelonephritis)، گرد کلوی التہاب (perinephritis)، خراج خصری (psoas abscess)، حاد ذات الجنب یا تقیح الصدر سے پھیل جاتی ہے۔ لیکن تقیح الصدر کا التہاب باریطون پیدا کرنا اتنا عام نہیں ہے کہ جتنا عام ایک باریطونی خراج کا تقیح الصدر پیدا کرنا۔

ان میں سے بہت سی اصابتوں میں کہفۂ شکمی کے اندر مایعات جیسے کہ غذا، براز، یا پیپ کے اخراج سے اور اُن کے ساتھ ساری خرد عضویے منتقل ہوجانے سے التہاب باریطون شروع ہوجاتا ہے۔ معدی اور معوی قروح کے انثقاب کی حالت میں، اور التہاب زائدہ دودیہ میں اور پھوڑوں کے پھٹ جانے میں بھی ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں التہاب مصلی تہ تک پھیل جاتا ہے، یعنی خرد عضویے بافتوں کے اندر بلا کوئی بین انشقاق پیدا ہوئے داخل ہوجاتے ہیں۔

باریطون کے زخموں کے بعد، خواہ یہ تضرر کی وجہ سے ہوں یا جراحی کارروائی میں پیدا ہو جائیں، التہاب باریطون ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ کبھی کبھی مرض برائٹ، خواہ یہ حاد ہو یا مزمن، التہاب باریطون کا سبب معدّ ہو جاتا ہے۔

جرثومیات۔ التہاب باریطون پیدا کرنے والے خرد عضویے یہ ہوتے ہیں:۔ عموماً معمولی عصیہ قولونی اس وقت ہوتا ہے جب کہ باریطون میں امعاء سے سرایت پہنچے، جیسے کہ التہاب زائدۂ دودیہ یا انثقاب معاریں، یا جب صفراوی راستوں سے سرایت پہنچے۔ نبقۂ سبحیہ اور نبقہ عنبیہ التہاب باریطون میں اس وقت پائے جاتے ہیں جب کہ وہ حوضی اعضاء کے ضررات سے یا شکمی دیواروں سے ماخوذ ہو۔ نبقہ ریویہ بھی ملتا ہے۔ اس کا باریطونی التہاب اولی ہو سکتا ہے یا ممکن ہے کہ وہ ذات الریہ کے ساتھ متلازم ہو، یا ممکن ہے کہ وہ نبقی ریوی عفونت الدم کا ایک جزو ہو۔ دوسرے جراثیم جو کمتر پائے جاتے ہیں یہ ہیں:۔ عصیہ محرقیہ (B. Typhosus)، عصیہ ریم ازرق (B. pyocyaneus)، گیس آفریں لیکٹس عصیہ (B. lactis aerogenes)، خرد نبقہ چہار زا (Micrococcus tetragenes) اور خرد نبقۂ سوزاک۔ امیبائے قولونی امیبائی زحیر میں پایا گیا ہے کبھی کبھی عفونۂ درنیہ حاد التہاب پیدا کر دیتا ہے لیکن بہت زیادہ عام طور پر وہ ایک مزمن قسم کا التہاب پیدا کرتا ہے۔

414

مرضی تشریح۔ باریطون میں جو تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں وہ اُن تغیرات سے مماثل ہیں جو التہاب پلیورا کی حالت میں پلیورا میں واقع ہوتے ہیں۔ پہلے پہل عروقیت کی زیادتی کی وجہ سے سُرخی ہوتی ہے، اور اگر کہفۂ شکم کا امتحان اس ابتدائی درجے میں کیا جائے تو عموماً دیکھنے میں آتا ہے کہ امعاء کی سرخی آنت کے طول میں اس مقام پر متوازی دھاریاں بنا دیتی ہے کہ جہاں تین باریطونی سطحیں ملتی رہیں، یعنے آنت کے دو لچھے اور شکم کی اگلی دیوار یا آنت کے تین لچھے۔ اس مقام پر دوسری جگہ کے نسبت دباؤ کم ہوتا ہے، چنانچہ امتلا اور ارتشاح پہلے یہیں واقع ہوتے ہیں، اور آنت کے برابر برابر ایک فضا بنا دیتے ہیں جو تراشش میں مثلثی ہوتی ہے۔ یہ ارتشاح منجمد ہو کر ایک زرد پپڑی نما جماؤ پیدا کر دیتا ہے، جسے اکثر ملف کا غیر موزوں نام دیا جاتا ہے، لیکن جو در اصل فائبرین اور سپید خلیوں پر

مشتمل ہوتا ہے، اور اس کے علاوہ ممکن ہے کہ ایک مختلف المقدار مکدر سیال بھی موجود ہو۔ یہ ارتشاح نہایت سرعت کے ساتھ نمودار ہوجاتا ہے، جیساکہ بعض ضربی اصابتوں میں دیکھا جانا ممکن ہے، جن میں اٹھارہ گھنٹوں سے بھی کم میں زرد لمف کی کچھ مقدار بن سکتی ہے۔ بعض نسبتۂ کم شدید اور کم وسیع اصابتوں میں اس ارتشاح کی جگہ لیفی بافت لے لیتی ہے (تعضید)۔ اور ان انضمامات سے جو اس طرح بن جاتے ہیں مختلف احشا باہم جڑجاتے ہیں، یا باریطونی کیفہ مطموس ہوجاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں سپید خلیوں کی مقدار زیادہ ہوجاتی ہے، یا وہ ابتداء ہی سے کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور التہابی حاصلات تمامتر ریمی ہوتے ہیں۔ یہ اکثر بہ سرعت مہلک ثابت ہوتا ہے۔

حاد محدود المقام التہاب باریطون (acute circumscribed peritonitis) یا باریطونی خراج (peritoneal abscess) سرایت کے محدود المقام ہوجانے سے پیدا ہوجاتا ہے۔ زائدی خراج (appendix abscess) باریطونی خراج کی عام ترین قسم ہے۔ باریطونی خراجات حوض، قطنی خطوں اور حرقفی حفروں میں ہوتے ہیں، یا ڈایافرام کے نیچے (زیرڈایافرامی خراج subphrenic abscess =) جس پر آگے غور کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ ان پھوڑوں کا باہر کے طرف منہ بن جائے یا وہ کھوکھلے احشا ریں سے کسی ایک کے اندر کھل جائیں، یا سینہ کے اندر پھٹ کر ذات الجنب یا ذات الریہ پیدا کردیں۔ بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ ایک قرحہ کے انثقاب کے بعد معدے یا آنتوں کے ساتھ راست ربط موجود ہونے کے سبب سے باریطونی خراج میں ہوا موجود ہوتی ہے۔

علامات۔ حاد عمومی التہاب باریطون درد کے ساتھ شروع ہوتا ہے، جو بیشتر نہایت شدید ہوتا ہے، اور اگر ابتداءً ایک مقام پر محدود ہو تو جلد ہی سارے شکم پر منتشر ہوجاتا ہے۔ یہ درد مسلسل ہوتا ہے، لیکن ہر قسم کی حرکت، کھانسنے، کانکھنے یا قئے ہونے سے زیادہ ہوجاتا ہے۔ دبانے سے اس کو تسکین نہیں ہوتی، بلکہ اس کے برعکس سارے شکم پر نمایاں الیمیت موجود ہوتی

ہے۔ سانس لینے پر سارے کے سارے شکم میں حرکت ناپذیری ہوتی ہے، اور تنفس بالکل صدری ہوتا ہے، اور جس کرنے پر استواری ہوتی ہے جو کبھی ڈھیلی نہیں پڑتی (یہ ایک نہایت اہم امارت ہے)۔ ٹانگیں اکثر پیٹ کی طرف کھنچی ہوئی ہوتی ہیں، تاکہ جدار شکم تننے نہ پائے، اور مریض ہر قسم کی حرکت سے احتراز کرتا ہے۔ نبض عموماً سریع، اور تپش مرتفع ہوتی ہے۔ لیکن بعض اوقات تپش کم ہوتی ہے، گو نبض سریع ہوتی ہے، اور اسے سخت سرایت کی امارت سمجھنا چاہئے، کیونکہ شرح نبض شدت مرض کی اس سے زیادہ اہم دلالت ہے کہ جتنی درجہ تپش ہے۔ قاعدہ ہے کہ قئے جلد ہی شروع ہو جاتی ہے، اور بار بار ہوتی ہے، یا تو خود بخود یا غذا لینے کی کوششوں کے بعد قئے میں پہلے معدی مافیہٗ اور بعد میں صفرا خارج ہوتا ہے، اور اس کے بعد۔ قئے تقریباً برازی نوعیت کی ہوتی ہے۔ بعض اوقات ابتدا ہی میں قشعریرہ ہوتا ہے، لیکن ہبوط ہمیشہ بہت زیادہ ہوتا ہے۔ بعد کے درجوں میں مریض پیٹھ کے بل لیٹا ہوتا ہے، اس کا چہرہ سکڑا ہوا ہوتا ہے، آنکھیں سیاہ ہو کر ان میں گڑھے پڑ جاتے ہیں، چہرے سے تشویش ظاہر ہوتی ہے، اور زبان خشک اور فرد ار، اور نبض سریع و صغیر ہوتی ہے۔ امعاء کے عضلی طبقہ کے شلل اور ان کے اندر گیس کے اجتماع کی وجہ سے شکم متمدد ہو جاتا ہے۔ اس کی سطح گمک دار ہوتی ہے، لیکن اگر زیادہ سیال منکب ہوا ہو تو ممکن ہے کہ پہلوؤں پر، یا کبھی کبھی سارے شکم پر اصمیت پیدا ہو جائے۔ ہچکی ایک ایسی علامت ہے جو اکثر ہوا کرتی ہے۔ قبض ہمیشہ ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات ممکن ہے کہ ایک یا دو دنوں کے بعد ایک یا زائد بار پاخانہ ہو، یا ممکن ہے کہ اسہال شروع ہو جائیں۔ اور کبھی کبھی شروع ہی سے اسہال ہوتے ہیں۔ بول قلیل المقدار ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ درد کے ساتھ خارج ہو، یا محبوس ہو جائے۔

415

مثقوب ہضمی قرحہ کی اصابتوں میں ابتدا میں عمومی استواریٔ شکم اور صدمہ ہوتا ہے، جس کے ساتھ چہرہ مشوش، اور ازرق ہوتا ہے، جوارح ٹھنڈے اور نم ہوتے ہیں، تپش تحت الطبعی، اور نبض سریع و ضعیف ہوتی ہے۔ بالآخر حاد التہاب باریطون کے متاخر امارات نمودار ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ گیس

کہفۂ باریطونی کے اندر خارج ہوکر وسیع گمک' بلکہ مایع کے ساتھ آمیز ہوکر چھلکاؤ پیدا کردے۔ باریطون کے اندر گیس کی وعابدری کی شناخت بعض اوقات اِس سے ہوتی ہے کہ گیس جگر کے سامنے جمع ہوکر طبعی کبدی اصمیت کے بجائے گمک پیدا کر دیتی ہے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہیے کہ احشا کے اندر سے کوئی گیس خارج ہوئے بغیر بھی یہ ممکن ہے کہ اِن احشا کے زیادہ گیسی تمدد سے جگر صدری دیوار کے تماس سے دور ہوجائے۔

قے اور درد کی وجہ سے مریض بتدریج خستہ ہوجاتا ہے' زبان نسبتہً زیادہ خشک اور بھوری ہوجاتی ہے' لبوں اور زبان پر وسخ جم جاتی ہے۔ نبض صغیر تر اور سریع تر ہوجاتی ہے' پھیپھڑوں کے قاعدے مضغوط ہوجاتے ہیں' اور دو سے چھ دنوں تک کی بیماری کے بعد موت واقع ہوجاتی ہے۔ لیکن ایسا ہر اصابت میں نہیں ہوتا کہ یہ تمام ممیز و مخصوص امارات ملیں۔ بعض اصابتوں میں بخار نہیں ہوتا' دوسری اصابتوں میں تمدد محض خفیف سا ہوتا ہے' کبھی کبھی مریض اپنی پشت کے بل منبطح پڑا رہنے کے بجائے سخت درد و کرب کی حالت میں تڑپتا رہے گا۔

نبقی ریوی التہابِ باریطون میں جو عموماً نبقی ریوی عفونۃ الدم کے ایک جزو کے طور پر پیدا ہوجاتا ہے' درد اور الیمیتِ شکم' اور اسہال ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ استواری موجود ہو' مگر زیادہ اکثر دیوارِ شکم ڈھیلی ہوتی ہے۔ سمّی علامات زیادہ نمایاں ہوتے ہیں' جن کے ساتھ تپش بلند درجہ پر اور ہذیان ہوتا ہے' اور شرحِ تنفس زیادہ ہوجاتی ہے' اور ممکن ہے کہ شفوی نملہ موجود ہو یا نبقی ریوی سرایت کا ظہور کسی دوسری جگہ' پھیپھڑوں' جوڑوں' وغیرہ میں ہو۔ کچھ عرصہ کے بعد شکم کے ایک حصے میں پھوڑا بن جاتا ہے' اور یہ اُس خاص خطے میں ایک ورم نمودار ہونے سے ظاہر ہوتا ہے۔

حاد محدود المقام التہابِ باریطون میں عام علامات زیادہ تر مماثل ہوتے ہیں' لیکن مقامی حالات کم و بیش ماؤف حصے تک ہی محدود رہتے ہیں۔ اِس کا عام ترین سبب التہابِ زائدہ کی حالت میں انثقاب کا وقوع

ہے، اور یہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔
تشخیص۔ عموماً یہ مشکل نہیں ہوتی۔ شدید درد، الیمیت، قے، استواری، اور دوران تنفس میں شکم کی حرکت ناپذیری، جس کے بعد تمدد کا ہونا، اور قبض، نبض صغیر و سریع، اور ہبوط، یہ سب اہم خصائص ہیں۔ لیکن قولنج کے شدید درد، مشتوق انور سما، ماساریقی علقیت (mesenteric thrombosis)، اور حاد نزفی التہاب بنقراس بھی التہاب باریطون کا اشتباہ پیدا کر دیتے ہیں۔ خود التہاب باریطون کو غلطی سے معوی تسدد سمجھا جا سکتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ تپ معویہ میں اور دیوار ہائے شکم پر جراحی عملیات، مثلاً فتق شگافی (herniotomy) کے بعد التہاب باریطون شروع ہو جائے اور بغیر اس کے کہ اس کی موجودگی کا شبہ ہو، ہلاکت واقع ہو جائے۔
قولنج (colic) اور ہسٹیریائی درد کو التہاب باریطون سے اس طرح تمیز کیا جاتا ہے کہ اول الذکر حالت یعنی قولنج میں شکم منقبض ہوتا ہے اور الیمیت نہیں ہوتی، بلکہ دبانے سے درد میں تخفیف معلوم ہوتی ہے، اور آخر الذکر حالت یعنی ہسٹیریائی درد میں بعض ذرا ہی چھونے سے اور بلا دبائے انتہائی حساسیت موجود ہوتی ہے۔ بے محل حمل (ectopic gestation) کا انشقاق درد اور ہبوط پیدا کرتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کو غلطی سے معدی قرحے کا انثقاب سمجھ لیا جائے۔ اس میں قے اور بے قاعدگی حیض کی روئداد مل سکتی ہے۔ کثرت نزف کے باعث ہونٹوں کا رنگ سپید ہوتا ہے، شکم کی الیمیت اور ورم ہوتا ہے اور بعض اوقات آزاد سیال موجود ہوتا ہے، مگر حقیقی استواری نہیں ہوتی، اور حوضی اور مستقیمی امتحان سے ایک تناؤ دار ڈھیلا پایا جاتا ہے۔ لیوشہام شفاخانے (Lewisham Hospital) میں مثقوب هضمی قرحے کی تشخیص کی تصدیق کا ایک مفید ذریعہ مستعمل ہے۔ انتصابی وضع میں ایک لاشعاعی فلم جس میں کہفہ باریطونی میں جگر اور دائیں ڈایافرام کے درمیان ایک صاف رقبہ، ہوا، آزاد گیس کی موجودگی ظاہر کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۲ الف)۔ بعض اوقات ذیابیطس کا مہلک توما، انتقابی التہاب باریطون کا اشتباہ پیدا کر دیتا ہے۔ یہ توما کبھی کبھی دفعتہً شروع ہو جاتا ہے، اور اس میں شدید درد شکم کے ساتھ نبض صغیر اور خیطی ہوتی ہے۔ ذیابیطس کی جوع الہوا سے اور بول میں زیادہ ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کی موجودگی اور شکمی استواری کی غیر موجودگی سے

تشخیص صاف ہو جانی چاہئے۔

416

جہاں تک کہ التہاب باریطون کی تفریقی تشخیص کا تعلق ہے، ماسبق سرگذشت کے اندر سببِ مرض کی جستجو کرنی چاہئے۔ جہاں شدید حاد التہاب باریطون ایسے شخص میں پیدا ہو جائے جو پہلے تندرست سمجھا گیا تھا، اعوری زائدہ کا تقرح، مثقوب معدی قرحہ، اور حوضی اعضا کے ضررات اس کی پیدائش کے نہایت ممکن اسباب ہو سکتے ہیں۔ سنِ بلوغ سے پہلے اور قریب قریب، اعوری زائدہ کا تقرح دونوں صنفوں میں زیادہ ممکن ہے۔ حوضی ضررات تقریباً بلا استثنا عورتوں میں ہوتے ہیں، اور لڑکیوں میں ایک نظر انداز شدہ فرجی مہبلی التہاب (vulvo-vaginitis) کا بھی خیال کرنا چاہیئے جو تبقی سوزاکی التہاب باریطون پیدا کر دینے کا امکان رکھتا ہے۔ بالخصوص بچوں میں واقع ہونے والے اولی تبقی ریوی التہاب باریطون کے ممیز خصائص پہلے ہی بیان ہو چکے ہیں۔

اِنذار ۔ عمومی التہاب باریطون ایک نہایت مہلک مرض ہے۔ اغلب نتیجہ کا اندازہ نبض کی نوعیت، قے کے جاری رہنے، ہبوط کی مقدار، اور التہاب کی امکانی وسعت پر سے کیا جا سکتا ہے۔ شدید اصابتوں کے متعلق صرف ہر روز کی حالت پر سے رائے قائم کی جا سکتی ہے۔ جب چند روز گذر جائیں تو زیادہ امید ہوتی ہے، لیکن اُن اصابتوں میں جو بظاہر درست ہو رہی ہیں ممکن ہے کہ پیپ کے اجتماعات ظاہر ہوں، اور مصرحہ بالا طریقہ سے خطرناک ثابت ہوں۔ تبقی ریوی اور تبقی سوزاکی شکلیں نسبتًا امید افزا ہوتی ہیں۔

علاج ۔ التہاب باریطون کی اصابتوں کی اکثریت میں، اور بالخصوص اُن اصابتوں میں جو ایک معدی، اثنا عشری، یا محرقی قرحے کے انثقاب، یا اعوری زائدہ کے اِغثاث، یا ایسے ہی کسی دوسرے حادثہ کی وجہ سے ہوں، شفایابی کا اِمکان صرف اُسی وقت ہوتا ہے جب کہ اُن کا علاج بلا تاخیر مستعدی کے ساتھ جراحی طریقوں سے کیا جائے۔ شکم کو کھول کر تسببی ضرر کا تدارک کرنا اور پیپ کے اجتماعات کی تسئیل کرنا چاہیئے۔ اُس التہابِ باریطون میں جو تسمم الدم کی وجہ سے شروع ہوا ہو، مثلاً تبقی ریوی التہابِ باریطون میں، تاوقتیکہ پھوڑا نہ بن جائے

جراحی عملیہ نہیں کرنا چاہیئے، کیونکہ عملیہ سے اوّلی مرکزِ مرض کا استیصال کرنا غیر ممکن ہوگا۔

اگر بالفرض عملیہ نہ کرنے کا فیصلہ کیا گیا ہے تو ایسی صورت میں پہلا اصولِ علاج یہ ہے کہ آنتوں کو قطعی آرام کی حالت میں رکھنا چاہیے۔ اس غرض کیلئے مریض کو قدرتاً بستر میں لٹائے رکھنا لازم ہے۔ غذا مستقیمی حقنوں کے ذریعہ سے دینی چاہیئے جن میں ۶ فی صدی ڈکسٹروس ہو۔ اور مسہلات سے سختی کے ساتھ احتراز لازم ہے۔ مریض کی پیاس بجھانے کے لئے اُسے وقتاً فوقتاً برف کے چھوٹے ٹکڑے چبائے جائیں، لیکن منہ کے راستہ سے کوئی غذا نہ دی جائے۔ افیون یا مارفیا (morphia) کا استعمال نہیں کرنا چاہیئے، کیونکہ ممکن ہے کہ اُن کے استعمال سے علامات کی ایسی زیادتی پوشیدہ ہو جائے کہ جس سے عملیہ کرنے کی ضرورت معلوم ہوتی ہے۔ السی کی گرم پولٹسوں، یا گرم پانی میں بھگا کر نچوڑے ہوئے فلالین کے ٹکڑوں کے لگانے سے جن پر تارپین یا مروخ لفاح (liniment of belladonna) چھڑک دیا گیا ہو، مقامی طور پر آرام حاصل کیا جا سکتا ہے۔ بعض اوقات برفانی رفادات، یا فلالین کی تہوں کے درمیان برف کے ٹکڑے استعمال کئے جاتے ہیں، لیکن اِن سے عموماً اُتنا آرام نہیں حاصل ہوتا جتنا کہ گرم لاسقات سے ہوتا ہے۔ مہیجات کی اکثر ضرورت ہوتی ہے، اور ان کے دینے کی بہترین شکل برانڈی ہے، جو تھوڑی تھوڑی مقداروں میں بار بار دی جائے۔ جب تمدد ہو تو ضدِ ویلش مصل (anti-Welch serum) کا اشراب کرنا چاہیئے (ملاحظہ ہو صفحہ 380)۔

زیرِ ڈایافرامی خراج (subphrenic abscess) باریطون میں ڈایافرام کے نیچے کی خلوی بافت میں واقع ہوسکتا ہے۔ اس کے واقع ہونے کے نہایت کثیر الوقوع مقامات کی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے:— (۱) دایاں اگلا دروں باریطونی خراج (right anterior intra-peritoneal abscess) جگر کے دائیں لختہ کے اوپر اور رباطِ منجلی الشکل (falciform ligament) کے دائیں طرف ہوتا ہے۔ پیپ اکثر جگر کے نیچے پیچھے کی طرف پھیل جاتی ہے۔

اس کے عام ترین اسباب التہاب زائدہ دودیہ مثقوب اثنا عشری قرحات، اور کبدی خراجات ہیں۔ (۲) بایاں اگلا درون باریطونی خراج (left anterior intra-peritoneal abscess)، جو خاص کر مثقوب معدی قرحے کی وجہ سے ہوتا ہے، جگر کے بائیں لختے کے اوپر اور طحال کے گرد واقع ہوتا ہے۔ (۳) دایاں خارج الباریطون خراج (right extra-peritoneal abscess) جگر کے اوپر اور پیچھے کی خلوی بافت میں واقع ہوتا ہے، اور جگر، دائیں خلف الباریطون بافتوں (retroperitoneal tissues)، اور صدر کے التہاب سے شروع ہوتا ہے۔ بائیں جانب کو زیر ڈایا فرامی خلوی بافت بہت کم ہوتی ہے، چنانچہ یہاں کا التہاب ایک قطنی خراج (lumbar abscess) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے۔ تاجیہ باریطونی صغیر کا تقیح، جو مثقوب معدی قرحے سے پیدا ہو جاتا ہے، اس قدر عام نہیں جس قدر کہ دوسرے متذکرہ مقامات کا تقیح (91)۔ زیر ڈایا فرامی خراج (subphrenic abscess) کی سب سے پہلی علامت درد ہے۔ عموی انتلال کے اُن عمومی علامات کے علاوہ جو تقیح کی وجہ سے ہوتے ہیں، دوسرے اہم آمارات بھی ہوتے ہیں جن سے تعیینِ مقام میں مدد ملتی ہے، یعنے ایک شکمی ورم جو شہیق پر نیچے نہیں ہٹتا، جس جانب پھوڑا ہے اس جانب پر صدری دیوار کا اُبھار، اور ساتھ ہی عمیق اصمیت۔ تناظر شش کے قاعدے پر اصمیت کی موجودگی، اور اصواتِ تنفس، صوتی گمک اور لمسی صوتی حفیف کی کمی پائی جاتی ہے۔ لاشعاعی امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ تناظر ڈایافرام اوپر اُٹھا ہوا اور حرکت ناپذیر ہے۔ جب پھوڑے کے اندر ہوا موجود ہو، جیسا کہ اُس وقت ہو سکتا ہے جب کہ وہ کسی حشا کے انثقاب سے پیدا ہو گیا ہو، تو تطبلی سُر قدری تنفس، فلزی جھنکار، اور جرسی آواز کے وقوع کے سبب سے ایک استرواح الصدر (pneumo-thorax) کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے۔ استقصائی بچوکا عمل میں لانے کے لئے بہترین یہی ہے کہ وہ ایک معدم حس دوا کے زیر اثر کیا جائے اور اگر نتیجہ مثبت ہو تو ایک کھلے عملیہ کے ذریعہ اُس کہفہ کی تسئیل عمل میں لانی چاہئے

417

مزمن التہاب باریطون

(chronic peritonitis)

یہ حاد التہاب باریطون کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو سکتا ہے، بالخصوص اس کی مقامی شکلوں میں۔ یہ اکثر مخصوص اعضا کے گرد مقامی خراش کا نتیجہ ہوتا ہے، مثلاً ممکن ہے کہ جگر یا طحال ایک دبیز کیسہ سے محصور ہو جائیں (گرد کبدی التہاب = perihepatitis، گرد طحالی التہاب = perisplenitis)۔ کہفۂ شکم کے اندر تدرن اور سرطان کی بالیدگی مزمن التہاب باریطون کی وہ شکلیں پیدا کر دیتی ہے جن کا تذکرہ ابھی کیا جائے گا۔ یہ مرض برائٹ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔

مزمن التہاب باریطون کی ایک دوسری شکل احشاء کے درمیان انضمامات اور بند (adhesions and bands) ہیں، جو حاد التہاب یا مزمن التہاب سے پیدا ہو کر کبھی کبھی حاد معوی تسدد (acute intestinal obstruction) پیدا کر دیتے ہیں، جیسا کہ پہلے بیان ہو چکا ہے۔ معوی رکود (intestinal stasis) اور غذائی تسمم الدم (alimentary toxæmia) کے تعلق میں ان انضمامات کو بہت اہمیت دی گئی ہے۔ لیکن یہ بتلا دیا گیا ہے کہ یہ سوائے نہایت نوعمر افراد کے دیگر اشخاص کی اکثریت میں پائے جاتے ہیں، اور قولون کے قریب، بالخصوص قولون صاعد اور کبدی عوجہ کے قریب نہایت کثیر الوقوع ہیں، اور یہ کہ جنینی زندگی تک میں طحالی اور کبدی عوجات میں ایک انضمامی عمل پیدا ہو جاتا ہے، اور بعض اصابتوں میں یہ لفائفی کو حوضی حفرہ میں مثبت کر دیتا ہے۔ آنت کے ما فیہا کے بہاؤ کو روکنے کا ان کا عمل بسمتھ یا بیریئم کی غذا کے بعد لاشعاعوں کے ذریعہ تحقیق کیا جا سکتا ہے۔

علامات۔ جب سیال کم ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا تو آنتوں کے گچھا بن جانے کے مقام پر شکم میں بے قاعدہ مزاحمت موجود ہو سکتی ہے۔ ورنہ علامات وہی ہوتے ہیں جو اولی مرض میں ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ محض مزمن التہاب باریطون کی تشخیص کافی نہیں بلکہ اولی سبب کا دریافت کرنا ضروری ہے، اور انذار اور علاج کا انحصار اسی پر ہے (نیز

ملاحظہ ہو استسقا شکمی)۔

تدرنی التہاب باریطون

(tuberculous peritonitis)

بحث اسباب۔ تدرنی التہاب باریطون ہر عمر میں ہوتا ہے، لیکن بچوں اور نوعمر بالغوں میں نہایت عام طور پر ہوا کرتا ہے۔ وہ نہایت عام طور پر جسم کے دوسرے حصوں کے تدرن کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔ اسی واسطے وہ اکثر سل ریوی (pulmonary phthisis)، آنت کے تدرنی تقرح، جُبنی ماساریقی غدد، اور تولیدی اعضاء (مثلاً قاذفی انبوبات یا خصیتین اور منوی حویصلات) کے امراض کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے وہ حاد عمومی تدرن کا ایک جزو ہو۔ اس میں شک نہیں کہ بعض اوقات عصیات درنیہ معوی دیوار میں سے اس وقت بھی گزر سکتے ہیں جب کہ اس میں کوئی ضرر نہ ہو۔

امراضیات۔ تدرنی التہاب باریطون کے چار اقسام ہوتے ہیں:-

(۱) استسقائی شکمی قسم (ascitic type)۔ اس میں باریطون کی سطح چھوٹے چھوٹے، سپیدی مائل ذرات سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جن کا قطر ۲ تا ۵ ملی میٹر ہوتا ہے، اور جو سطح سے کسی قدر اُبھرے ہوئے اور پاس پاس مجتمع ہوتے ہیں۔ یہ ذرے ڈایافرام کی تحتانی سطح پر اور کوکھوں میں نہایت کثرت کے ساتھ ہوتے ہیں۔ مصلی سیال کا عبرار تشاح واقع ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ مقدار میں کئی پائنٹ ہو، اور شکم کی کلانی اُتنی ہی زیادہ ہو جتنی کہ وہ کہبت (cirrhosis) کے یا مرضِ قلب کے استسقاء شکمی میں ہوتی ہے۔ زیادہ شاذ اصابتوں میں یہ مایع مصلی قیحی یا قیحی ہوتا ہے۔ (۲) انضمامی (adhesive)، فائبرینی (fibrinous) یا تکوینی (plastic) قسم۔ اس میں سیال کا عبرار تشاح مقدار میں نسبتہً بہت کم ہوتا ہے، اور آنت کے لچھوں کے درمیان فائبرین وسیع طور پر جم جاتی ہے۔ تعضیہ واقع ہوتا ہے، چنانچہ لچھے باہم چپاں ہو جاتے ہیں اور باریطونی کہفہ مطموس ہو جاتا ہے۔ نسبتہً بعد کے درجوں میں سخت لیفی بافت بن جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ ذرے بالکل ظاہر یا واضح نہ ہوں۔ (۳) جُبنی قسم

(caseous type) میں دانے بڑے ہو کر اور کہیں کہیں متحد ہو کر زرد جُبنی ڈھیلے بنا دیتے ہیں۔ یہ اکثر ثرب کبیر میں واقع ہوتا ہے، جو سکڑ کر شکم میں عرضاً ایک کلمہ نما تودہ بنا دیتا ہے۔ اس قسم میں آنت کا وسیع تقرح واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ منضم آنتیں ان قرحوں کے قاعدوں میں سے ایک دوسری کے اندر کھل جائیں اور اس طرح قنال غذائی کے قدرتی ممر کا پتہ چلانا ناممکن ہو جائے۔ ممکن ہے کہ انثقاب واقع ہو کر حاد عمومی التہاب باریطون پیدا کر دے، یا کہفۂ باریطونی کے مختلف حصوں میں پیپ کے اجتماعات ہو جائیں، جو ایک دوسرے سے بے تعلق ہوں۔ ماساریقی غدد اکثر جُبنی ہوتے ہیں، اور جب یہ بڑے اور جس پذیر ڈھیلے بنا دیتے ہیں، تو اس قسم کو اکثر (۴) ہزال ماساریقا (tabes mesenterica) کہتے ہیں۔ یہ اصطلاح ماساریقی غدد کا اوّلی تدرن ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جس میں باریطون ثانوی طور پر ماؤف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ غدد متقیح ہو کر باہر یا کہفۂ باریطونی کے اندر پھوٹ پڑیں۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ یہ اصناف ان اقسام کے ساتھ پورے طور پر مطابقت نہیں کرتیں۔ ممکن ہے کہ ان سب اقسام کے آمیزے موجود ہوں، اور ممر مرض کے دوران میں ایک قسم بدل کر دوسری قسم بن جائے۔

علامات۔ علامات بعض اوقات حاد ہوتے ہیں، اور اصابت ہر لحاظ سے ویسی ہوتی ہے جیسا کہ دوسری سرایتوں سے پیدا ہو جانے والا حاد التہاب باریطون۔ زیادہ اکثر علامات غیر محسوس طور پر پیدا ہو جاتے ہیں، اور شکم میں درد یا تکلیف پر مشتمل ہوتے ہیں۔ مریض کمزور اور دُبلا ہو جاتا ہے۔ بے قاعدہ تپ ہوتی ہے۔ بھوک کم ہو جاتی ہے، اور پاخانے بے قاعدگی کے ساتھ لیکن اکثر غیر بستہ اور غیر منہضم ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ استسقا شکمی کی وجہ سے شکم بڑا ہو۔ انضمامی قسم میں شکم متورم بھی ہوتا ہے اور جس کرنے سے اس کے بعض حصوں میں زیادہ مزاحمت معلوم ہوتی ہے، یا گندھے ہوئے آٹے جیسا احساس ہوتا ہے۔ جُبنی قسم میں اور ہزال ماساریقا میں سخت گول گول تودے ہوتے ہیں، جن کے خاکے کم و بیش واضح ہوتے ہیں۔ ایسے سلعہ نما تودے اکثر شکم کے زیریں نصف میں واقع ہوتے ہیں، اور یہ شاید ایک جانب پر اس سے زیادہ اوپر تک پہنچتے ہیں کہ جتنا دوسری

جانب پیچیدہ سطح پر ناہموار یا گرہکی ہوتے ہیں۔ بعض اوقات تدرنی دردریزش کے منقلب تودے بندوں کی طرح شکم پر عرضاً دوڑتے ہوئے محسوس ہوتے ہیں۔ اس طرح ثرب جو دبیز ہوجاتا ہے اکثر شکم کے بالائی حصے میں ایک متعرض بند بنادیتا ہے' اور مطموس مُریطا' (urachus) سکے گرد کی بافت' ناف کے نیچے ایک انقصابی بند بنادیتی ہے۔ کبھی کبھی لیفی بافت کی زیادتی اور اس سے پیدا ہوجانے والے انقباض کے باعث شکم بارکشیدہ ہوتا ہے۔ لمفائی غدد کا تدرن جس کے ساتھ عروق لمفائیہ کا تسدد ہو شکم برازی پیدا کردیتا ہے۔

تشخیص۔ متمدد شکم' جس کے ساتھ لاغری کی وجہ سے سینہ میں پسلیوں کا حد سے زائد یا غیر معمولی اُبھار اور بین الاضلاع فضاؤں کا اندر دھنس جانا ظاہر ہو' ترقی یافتہ تدرنی التہاب باریطون کا ممیز خاصہ ہے۔ ممکن ہے کہ شکم کی سطح پر واضح وریدیں نظر آئیں' اور کسی قدر الیمیت بھی ہوتی ہے۔ آعور کا تدرن اور التہاب باریطون ایک دیرینہ زائدی خراج سے' یا شکمی مرض ہاجکن (abdominal Hodgkin's disease) کی اصابت سے مشابہ ہوسکتا ہے۔ حاد قسمیں حمیات معویہ میں سے کسی ایک تپ سے مشابہ ہوسکتی ہیں۔

بچوں میں تین حالتیں ہیں' جن کے ممیز خصائص دُبلے ہاتھ پاؤں اور بڑھا ہوا شکم ہیں' اور جو "سلِ معوی" ("consumption of the bowels") کے نام سے یاد کی جاسکتی ہیں۔ یہ تدرنی التہاب باریطون اور شکمی لمفائی غدد کا تدرن' شکمی مرض (cœliac disease)' اور سادہ سوءِ ہضم معہ اسہال ہیں۔ ان میں سے آخری مرض سب سے زیادہ عام ہے۔ مشتبہ اصابتوں میں لاشعاعوں سے مدد حاصل ہوسکتی ہے۔ تدرنی التہاب باریطون میں انضمامات کی وجہ سے غیر شفاف غذا چھوٹی آنت میں بے قاعدہ نقطوں پر چھوٹے چھوٹے اجتماعات پیدا کرسکتی ہے' درآنحالیکہ طبعی حالت میں وہ بلا کسی مزاحمت کے لفائفی کے اختتام میں سے ہوکر گذر جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ دررہیختہ ثرب غلطی سے بڑھے ہوئے جگر کا زیریں حصہ سمجھ لیا جائے' لیکن اُس کے اوپر معدے کی گمگ اِس غلط فہمی میں مبتلا نہ ہونے دے گی۔ بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں میں تدرن کی موجودگی کے باعث

تشخیص کی تصدیق ہو سکتی ہے، لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔ بچوں یا نوعمروں میں سادہ استسقاء شکمی، جس کی توجیہہ دوسرے طور پر نہ ہو سکے، تدرنی ہو سکتا ہے، لیکن اسے کبدی کہبت (hepatic cirrhosis) کے استسقاء شکمی سے تمیز کرنا اکثر مشکل ہوتا ہے، جو بعض اوقات درحقیقت اس کے ساتھ ساتھ موجود ہوتی ہے۔ اور اکثر وہ غلطی سے بیضی دُوبیرہ (ovarian cyst) سمجھ لیا گیا ہے، یہاں تک کہ جراحی عملیہ سے اسکی تغلیط ہوئی۔ بزل کے ذریعہ نکالے ہوئے مایع کا امتحان ایک گینی پگ کے اندر تطعیم کر کے کیا جا سکتا ہے، یا ٹیوبرکیولین استعمال کی جا سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔

انذار۔ یہ دوسرے بہت سے تدرنی ضررات کے انذار کے نسبت زیادہ امید افزا ہوتا ہے، اور بہت سے مریض جن کا علاج جلد شروع کیا گیا بظاہر بالکل شفایاب ہو گئے ہیں۔ نہ صرف یہ کہ مایع جذب ہو گیا ہے، بلکہ بعض اصابتوں میں تصلب، دَرریزش، یا انضمامی گچھوں کے بڑے بڑے تودے بالکل غائب ہو گئے ہیں۔ 419

علاج۔ بستر میں آرام لینا اہم ہے، اور اس کے ساتھ تازہ ہوا بھی شامل کر دینا چاہیئے، جیسا کہ سلِ ریوی کے صحت گاہی علاج میں بیان کیا گیا ہے۔ آفتاب کی روشنی میں جسم کا تکشف (علاج شمسی = heliotherapy) نہ صرف تدرنی التہاب باریطون کی، بلکہ لمفائی غدد، ہڈیوں اور مفاصل کے تدرن کی غیر حموی اصابتوں کے علاج کا ایک مفید طریقہ ہے۔ پاؤں سے شروع کر کے اوپر کی طرف جاتے ہوئے منکشفہ جسمانی سطح کی وسعت روز بہ روز بڑھائی جاتی ہے، یہاں تک کہ بالآخر سارے جسم کا تکشف روزانہ دو یا تین گھنٹوں کے لئے ہو جائے۔ سر کو ڈھکا ہوا رکھا جاتا ہے۔ امہق اور ایسے اشخاص جو صبغہ پیدا کر کے جوابی عمل ظاہر کرنے کی محدود طاقت رکھتے ہیں، علاجِ شمسی کے لئے موزوں نہیں ہوتے (89)۔ داخلی طور پر کاڈ لیور آئیل (cod-liver oil) کا استعمال کیا جا سکتا ہے، اور غذا زود ہضم ہونی چاہیئے۔ شکم پر پارے کا مرہم (mercurial ointment) لگانا ایک پرانا طریقۂ علاج ہے۔ سیال کی زیادتی بزل کے ذریعہ نکالی جا سکتی ہے۔ لیکن شق شکم شگافی اس سے بھی بہتر طریقہ ہے، کیونکہ اس سے سیال کے محدود المقام اجتماعات

خالی کئے جا سکتے ہیں۔ شحم برازی کا علاج غذا کی چربی کم کرنے سے کرنا چاہئے۔

باریطونی انصبابات اور مافیہا

(peritoneal effusions and contents)

کہفۂ باریطونی کے اندر مائع انصبابات حسب ذیل ہوتے ہیں :۔ (۱) وہ مصلی' مصلی فائبرینی اور ریمی مائعات جو التہاب' یا باریطونی التہاب سے پیدا ہو جاتے ہیں خبیث التہاب اغشیہ مصلیہ (polyorrhomenitis)' یا عمومی التہاب اغشیہ مصلیہ (polyserositis)' یا کونکاٹو (Concato) کا مرض کے نام اس حالت کو دئے گئے ہیں' جن میں چار بڑی مصلی اغشیہ یعنے تامور' پلیورا اور باریطون میں سے دو یا زائد اغشیہ میں بہ یک وقت التہابات پیدا ہو جائیں۔ یہ تلازم تدرنی' نبقی سبحی اور نبقی ریوی سرایت' اور حاد ریحیت (acute rheumatism) میں واقع ہو سکتا ہے۔ اس کو پک (Pick) کے مرض سے تمیز کرنا ضروری ہے (ملاحظہ ہو)۔ (۲) وہ مایعات جن کا انصباب مختلف الاقسام کبدی' قلبی یا کلوی استسقا میں ہوتا ہے' اور وہ کیلوسی یا کیلوسی الشکل مایعات جو بعض اوقات موجود ہوتے ہیں۔ (۳) وہ مایعات جو عروق یا دوسری متصلہ ساختوں کے انشقاق سے حاصل ہو جاتے ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ (ا) کہفۂ باریطونی کے اندر خون پایا جائے جو ضرب کسی انورسما کے انشقاق' نزفی التہاب باریطون' ماساریقی غدو کی سداویت یا علقیت' سرطانی بالیدوں میں عروق کے انشقاق' خارج الرحم حمل اور دوسری حالتوں میں پیدا ہو جاتا ہے۔ (ب) ممکن ہے کہ جگر کے کیسیتی دویرے کے انشقاق کے دوران میں' اور شاید مرارے کے انشقاق سے صفرا باریطون کے اندر پہنچ جائے۔ (ج) ممکن ہے کہ کوئی سادہ یا متقیح کیسیتی دویرہ مشقوق ہو کر اپنے مافیہا کو باریطون کے اندر خارج کر دے۔ (د) ممکن ہے کہ پھوڑوں میں سے پیپ اور (ہ) کھوکھلے شکمی احشاء میں سے کسی کے مافیہا ضرب یا مرض کی وجہ سے کہفۂ باریطونی کے اندر چلے جائیں' مثلاً معدے' آنتوں یا مثانہ وغیرہ کے مافیہا۔

باریطون میں نو بالیدیں

باریطون میں ایک عام ترین بالید سرطان ہے جو احشاء بالخصوص معدہ اور بیضہ کے مرض کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ بیشتر زیادہ عمر میں ہوا کرتا ہے اور چپٹے مستدیر مطروحات کی شکل میں ہوتا ہے، جو سطح شکم کو ڈھانک لیتے ہیں، اور درنہ کی طرح یہ بھی ڈایافرام پر اور کوکھوں میں نہایت کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔ اسیطرح ثرب بھی دبیز اور درریختہ ہو سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ بالآخر سرطانی گرہیں سارے شکم پر ہو جائیں۔ چند اصابتوں میں کولائڈی سرطان (colloid carcinoma) ہو سکتا ہے۔ عموماً وافر مایع انصباب موجود ہوتا ہے (سرطانی التہاب باریطون =carcinomatous peritonitis) اور اکثر اوقات اُس کے ساتھ خون آمیز ہوتا ہے، جس سے انصباب کا رنگ بھورا، بھورا سرخ، بلکہ سرخ ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی سرطان کی گرہیں ناف کے گرد کی جلد میں محسوس ہوتی ہیں، اور بن ران کے غدد اُسی بالید سے درریختہ ہو سکتے ہیں۔ کولائڈی سرطان کو نام نہاد کاذب مخاطی سلعۂ باریطونی (pseudo-myxoma peritonei) سے تمیز کرنا چاہئے۔ جب کوئی عضو مثلاً زائدۂ دودیہ، جو نازلتی التہاب سے ماؤف ہو، پھٹ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ باریطون میں کے سوراخ میں سے مخاط باہر نکل کر بڑے بڑے تودے بناوے، جنھیں اِس نام سے یاد کیا جاتا ہے۔

420

مرض خبیث کی ایک دوسری شکل لحمی سلعہ ہے۔ یہ خلف الباریطونی، بافتوں، ثرب، ماساریقا، یا رباط مستعرض میں ہوتا ہے۔ خلف الباریطونی مخاطی لحمی سلعہ (retroperitoneal myxo-sarcoma) نہایت بڑی رسولیاں بنا سکتا ہے۔

علامات۔ پہلے بیان کئے ہوئے مزمن التہاب باریطون کے علامات کے علاوہ، ان کا انحصار اولی بالید کے محل وقوع پر ہوتا ہے۔

انذار۔ قطعاً غیر امید افزا ہوتا ہے، اور علاج کا منشا یہی ہونا چاہئے کہ علامات میں تخفیف ہو اور جب سیال بہت زیادہ ہو تو اُسے عارضی طور پر نکال دیا جائے یا تسدد معا کیلئے جراحی عملیہ کیا جائے۔ ممکن ہے کہ عمیق لاشعاعی علاج کا لحمی سلعہ پر مفید اثر پڑے۔

حوالجات

REFERENCES

1 A. Rendle Short — 1925 *Brit. Med. Journ.*, ii., p 254.

2 A. Bulleid — 1931 *Guy's Hosp. Rep.*, 81, p. 116

3 C. B. Henry — 1930 Lancet, ii., p. 35.

4 H Lloyd Williams — 1925 *British Dental Journ*, Dec. 9th, p. 60.

5 R D. Paterson; A. Brown Kelly — *Journ, Laryng.*, pp. 285. 289.

6 P. P. Vinson — 1922 *Minnesota Medicine*, p. 107.

7 W. W. Payne and E P. Poulton — 1923 *Quart. Journ. Med.*, 65, p. 53.

8 G. W. Rake — 1926 *Guy's Hosp. Rep.*, 76, p. 145.

9 G. W. Rake — 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 77, p. 141.

10 G. L. Scott — 1922 *Lancet* ii., p 988.

11 A. E. Barclay — 1922 *Lancet*, ii., p 261

12 J. M. H. Campbell and Bolton and Goodhart — 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, 74, p. 354

13 J. J. Conybeare — 1922 *Lancet*, i., p. 420.

14 Baird, Campbell and Hern — 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, 74, p. 23.

15 H. D. Rolleston — 1896 *Trans. Path. Soc.* 47, p. 37

16 A. F. Hurst — 1914 *Quart. Journ. Med.*, 8, p. 300.

17 T. L Hardy — 1929 *Lancet*, i., p. 711.

18 H. Maclean and W. Griffiths — 1928 *Journ Physiol.*, 65, p. 63.

19 Morell Roberts — 1930-31 *Quart Journ Med.*, 24, p. 133.

20 Campbell, Mitchell, Powell — 1928 *Guy's Hosp. Rep.*, 78, p. 279.

21 A. F. Hurst (Goulstonian Lectures) — 1911 *The Sensibility of the Alimentary Canal. Orf Med. Publications.*

22 { W. W. Payne & E. P. Poulton .. 1927 *Journ. Physiol.*, 63, p. 217.
E. P. Poulton 1928 *Lancet*, ii., pp. 1223,1277. }
23 W. W Payne and E. P. Poulton . 1928 *Journ. Physiol.* 65, p 157
24 Meunier (L'etat dyspeptique) 1924 Masson et Cie., Paris.
25 Sir B. Bruce-Porter 1924 *Lancet*, ii., p. 495.
26 P. C. Couran 1922 *Quart. Journ. Med.*, 15, p. 144.
27 D. P. D. Wilkie 1928 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 481.
28 D. P. D. Wilkie 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1219.
29 D. P. D. Wilkie 1933 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 771.
30 D. C. M. Ettles 1927 *Guy's Hosp. Rep*, 77, p. 216.
31 K. Faber . 1927 *Lancet*, ii., p. 901.
32 J. Sherren 1924 *Lancet*, i., p. 477.
33 K. Faber 1922 *Lancet*, i., p. 65.
34 A. E. Barclay 1929 *Lancet*, ii., p. 1272.
35 A. E. Barclay 1929 *Lancet*, ii., p. 1322.
36 A. Bruce Maclean 1932 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1055.
37 M. J. Stewart 1923 *Brit. Med Journ.*, Nov. 24th and Dec. 1st.
38 J. W. McNee 1922 *Quart. Journ. Med.*, 15, p. 215.
39 T. G. Bonar 1924 *Lancet*, ii., p. 261.
40 A. F. Hurst, R. P. Rowlands, etc. . 1926 *Guy's Hosp. Rep.*, 76, p. 156.
41 E. C. Rosenow 1923 *Journ. Infect. Dis.*, 32, p. 384.
42 A. F. Hurst .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1074.
43 J. J. Conybeare 1922 *Guy's Hosp. Rep.*, 72, p. 174.
44 Sir B. Moynihan 1923 *Lancet*, i., p. 631.
45 E. I. Spriggs and O.A. Marxer 1922 *Lancet*, i., p. 725.
46 J. Morley .. 1923 *Lancet*, ii., p. 823.

No.	Author	Year	Reference
47	G. F. Still ..	1923	*Brit. Med. Journ.*, i., p. 579.
	F. N. Reynolds	1921	*Lancet*, ii., p. 891.
48	H. Tyrell Gray and		
49	T. I. Bennett	1923	*Lancet*, ii., p. 275.
50	A. F. Hurst and A. Newton	1913	*Journ. Physiol.*, 47, p. 57
51	T. I. Bennett, D. Hunter & J. M Vaughan	1932	*Quart. Journ. Med.*, 1, p. 603.
52	Discussion on Summer Diarrhœa	1923	*Brit. Med. Journ.*, ii., p. 857.
53	G. Leighton (The Loch Maree Tragedy)	1923	W. Collins, Sons & Co.
54	W M. Scott	1930	*Brit Med. Journ.*, ii., p. 56.
55	R. E. Smith	1931	*Lancet*, ii., p. 925.
56	T K. Monro and W. W. N. Knox	1923	*Brit. Med. Journ.*, i., p. 279.
57	N. L. Lloyd	1925	*Guy's Hosp. Rep.*, 75, p. 410.
58	Z. Cope	1924	*Lancet*, i., p. 121.
59	E. I Spriggs and O. A. Marxer	1927	*Lancet*, i., p. 1067.
60	H. Hartmann	1922	*Lancet*, i., p. 307.
61	R L. Haden and T. C. Orr	1923	*Journ. Exp. Med.*, 37, p. 365.
62	B. W Williams	1927	*Lancet*, i., p. 907.
63	R St. L. Brockman	1927	*Lancet*, ii., p. 317.
64	A. F. Hurst (Essays, etc.)	1924	Heinemann, p. 123, etc.
65	J W. McNee	1932	*Brit. Med. Journ.*, i., pp. 1017, 1071.
66	P. H. Whitaker, T. B. Davie, and F. Murgatroid.	1933	*Quart. Journ. Med.*, 2, p. 49.
67	Mann	1927	*Medicine*, 6, p. 419.
68	A. R Rich	1930	*Bull, Johns Hopkins Hosp.*, 47, p. 338.
69	D. R. Drury and P. D. McMaster	1929	*Journ. Exp. Med.*, 50, p. 569.
70	J. C. Spence and P. C. Brett .	1921	*Lancet*, ii., p. 1362.

71 Y. Akerran .. 1934 *Experimental Changes in Liver Functiin, Upsala.*
72 D. T. Davies .. 1927 *Lancet*, i., p. 380.
73 J. W. McNee . 1922 *Brit. Med. Journ.*, i., pp. 716, 783.
74 M. Brule (Recherches sur les Icteres) 1924. Masson et Cie., Paris.
75 W. Morrell Roberts 1933 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 734.
76 C. Newman (Goulstonian Lectures) 1933 *Lancet*, i., pp. 785, 842, 896.
77 G A. Collinson and F. S. Fowweather 1926 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 108.
78 Sir H. Rolleston (Discussion on Degenerative Diseases of Liver) 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1055.
79 C. H. Best 1934 *Lancet*, i., p. 1274.
80 Review on Syphilis 1923 *Med. Sci.*, 8, p. 182.
81 P. Rous, P. D. McMaster and G. O. Broun 1923 *Lancet*, i., p. 449.
82 D. P. D. Wilkie 1933 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 767.
83 T. C. Hunt 1933 *Lancet*, ii., p. 279.
84 B. B V. Lyon 1920 *Amer. Journ. Med. Sci.*, 160, p. 515.
85 A. Leitch . 1924 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 451.
86 J. Mellanby 1926 *Lancet*, ii., p. 215.
87 R. Coope (Pancreatic Disease) 1927 London.
88 J. F. Brailsford 1926 *Proc. Roy. Soc. Med. (Elect. Therp. Sect.)* p. 41.
89 A. Rollier .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 741.
90 A. C Hampson 1919 *Lancet*, i., p. 429.
91 H. L. Barnard 1910 *Contrib. to Abdominal Surgery*, p. 335.
92 A. F. Sladden 1922 *Lancet*, ii., p. 68.
93 H. C. Edwards 1935 *Lancet*, ii., p. 1161.

خون طحال اور لمفائی نظام کے امراض

امتحانِ خون

عرصۂ ترویب۔ یہ تخمینیں دموی تپش پر عمل میں لائی جاتی ہیں۔ گبس کا سریری موی ترویب پیما (Gibb's clinical blood coagulometer) وہ آلہ ہے جس کی سفارش کی گئی ہے (۱) خون کے ایک قطرے کو ایک پلاطینم کے تار کے حلقہ کے گرد حرکت کرائی جاتی ہے اور جب ترویب واقع ہو جاتی ہے تو اس کی حرکت موقوف ہو جاتی ہے۔ چھن سے حاصل کئے ہوئے خون کے پہلے قطرے کا عرصۂ ترویب تقریباً ۱۰۰ تا ۱۸۰ ثانیہ تک مختلف ہوتا ہے (اوسط ۱۸۰ ثانیہ)۔ بعد کے قطروں کی ترویب کا وقت نسبتاً کم (۲۵ تا ۵۵ ثانیے) ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ابتداءً بافتوں کے کوفتہ ہونے سے تھرامبو کائنیس (thrombokinase) رہا ہوتا ہے لیکن بعد میں زخمی عروق میں لوحیے ملتزق ہو کر زائد پرو تھرامبین (prothrombin) پیدا کر دیتے ہیں (2)۔ یہ حالات ایسے ہیں جن سے ترویب کی سرعت زیادہ ہو جاتی ہے۔

خون اور قارورے کے بعض طبعی اجزائے ترکیبی کی اوسط قدریں:-

	سالم خون (بحالت ناقہ کشی)	پیشاب (معمولی غذا دینے پر)	
	ملی گرام فی ۱۰۰ سی سی	ملی گرام فی ۱۰۰ سی سی	گرام ہر ۲۴ گھنٹہ میں
امینو ایسڈ نائٹروجن	۶ تک	۶	۰ر۶ -
کلورین	۲۷۰ — ۳۰۰	۶۰۰	۱۰ تک
کولسٹرال	۱۲۰ — ۲۰۰		
ڈکسٹروس	۸۰ — ۱۰۰		
غیر پروٹینی نائٹروجن	۳		
یورک ایسڈ	۴ تک	۵۰	۱

No.	Author	Year	Reference
71	Y. Akerran	1934	*Experimental Changes in Liver Function, Upsala.*
72	D. T. Davies	1927	*Lancet*, i., p 380
73	J. W. McNee	1922	*Brit Med Journ.*, i., pp 716, 783
[illegible]	M Brule (Recherches [illegible] les Icteres)	1924	Masson et Cie, Paris
[illegible]	[illegible] Robert	1933	*Brit Med Journ*, i, p 734
[illegible]	[illegible] Coulston [illegible] Gates	1933	*Lancet*, i, pp 785, 842, 896.
[illegible]	[illegible] and [illegible] Fowweather	1926	*Brit Med Journ*, i, p. 108
[illegible]	Sir H Rolleston (Discussion on Degenerative Diseases of Liver)	1922	*Brit Med Journ.*, ii., p. 1055.
[illegible]	[illegible] H Best	1934	*Lancet*, i., p 1274.
[illegible]	[illegible] [illegible]iew on Syphilis	1923	*Med. Sci.*, 8, p. 182
[illegible]	P Rous, P D. McMaster and G O. Brown	1923	*Lancet*, i., p. 449.
[illegible]	[illegible] D Wilkie	1933	*Brit. Med Journ.*, ii., p 767.
[illegible]	[illegible] C Hunt	1933	*Lancet*, ii., p 279
[illegible]	B B V. Lyon	1920	*Amer. Journ. Med. Sci*, 160, p. 515.
[illegible]	A. Leitch	1924	*Brit. Med Journ*, ii, p 451.
86	J. Mellanby	1926	*Lancet*, ii, p. 215.
87	R. Coope (Pancreatic Disease)	1927	London.
88	J. F. Brailsford	1926	*Proc Roy. Soc. Med. (Elect. Therp. Sect)* p. 41.
89	A. Rollier	1922	*Brit. Med. Journ*, ii., p. 741.
90	A. C. Hampson	1919	*Lancet*, i., p. 429.
91	H. L. Barnard	1910	*Contrib. to Abdominal Surgery*, p. 335.
92	A. F. Sladden	1922	*Lancet*, ii., p. 68.
93	H. C. Edwards	1935	*Lancet*, ii., p. 1161.

422

خون طحال اور لمفائی نظام کے امراض

امتحانِ خون

عرصہ ترویب۔ یہ تخمینیں دمو تاپش پر عمل میں لائی جاتی ہیں۔ گبس کا سریری موی ترویب پیما (Gibb's clinical blood coagulometer) وہ آلہ ہے جس کی سفارش کی جاتی ہے (۱) خون کے ایک قطرے کو ایک پلاطینم کے تار کے حلقہ کے گرد حرکت کرائی جاتی ہے اور جب ترویب واقع ہوجاتی ہے تو اس کی حرکت موقوف ہوجاتی ہے۔ جلد سے حاصل کئے ہوئے خون کے پہلے قطرے کا عرصہ ترویب تقریباً ۱۰۰ تا ۱۰۰ ثانیہ تک مختلف ہوتا ہے (اوسط ۱۰۰ ثانیہ)۔ بعد کے قطروں کی ترویب کا وقت نسبتاً کم (۲۵ تا ۵۵ ثانیے) ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ابتداءً بافتوں کے کوفتہ ہونے سے تھرامبو کائنیس (thrombokinase) رہا ہوتا ہے لیکن بعد میں زخمی عروق میں لوحیے ملتزق ہوکر زائد پرو تھرامبین (prothrombin) پیدا کردیتے ہیں (2)۔ یہ عاملات ایسے ہیں جن سے ترویب کی سرعت زیادہ ہوجاتی ہے۔

خون اور قارورے کے بعض طبعی اجزائے ترکیبی کی اوسط قدریں:—

	سالم خون (بحالت فاقہ کشی)	پیشاب (معمولی غذا دینے پر)	
	ملی گرام فی ۱۰۰ سی سی	ملی گرام فی ۱۰۰ سی سی	گرام ہر ۲۴ گھنٹہ میں
امینو ایسڈ نائٹروجن	۶ تک	۶	۰.۰۶
کلورین	۲۷۰ — ۳۰۰	۶۰۰	۱۰ تک
کولسٹرال	۱۲۰ — ۲۰۰		
ڈکسٹروس	۸۰ — ۱۰۰		
غیر پروٹینی نائٹروجن	۳		
یورک ایسڈ	۴ تک	۵۷	۱

	سالم خون (بحالت فاقہ کشی)	پیشاب (معمولی غذا دینے پر)	
	ملی گرام فی ۱۰۰ سی سی	ملی گرام فی ۱۰۰ سی سی	گرام ہر ۲۴ گھنٹہ میں
یوریا	۱۹ — ۳۲	۲۰۰۰	۲۰ - ۳۰
	پلازما		
کلورین	۳۵۲ — ۳۸۳	۶۰۰	۱۰ تک
البیومن	۴۴۰۰		
گلابیولن اور فائبریوجن	۲۶۳۰		
البیومن گلابیولن نسبت	۱٫۶۸ تا ۱		
فائبرینوجن	۰٫۲ — ۰٫۴		
غیر نامیاتی فاسفورس	۳	۹۰	۰٫۹
	مصل		
کیلشیم	۹٫۶	۱۵ - ۱۷	۰٫۳
میگنیشیم	۳٫۲	۶	۰٫۱۶
پوٹاشیم	۱۹٫۵	۲۰۰ - ۲۵۰	۴ تک
سوڈیم	۳۳۵	۳۰۰	۵ تک
قلوی محفوظہ	۵۳ - ۷۵ سی سی CO_2		
متاکسد گندھک			
غیر نامیاتی	۰٫۵ ـ ۱٫۱	۱۸۰	۲٫۳
ایتھری	۰٫۱ ـ ۱	۱۵	۰٫۲
غیر متاکسد گندھک	۱٫۷ ـ ۳٫۵	۱۵	۰٫۲

حاشیہ:-
خون میں امونیا بالکل نہیں ہوتی۔ پیشاب میں امونیائی نائٹروجن یا فیہا امینو ایسڈ نائٹروجن سے بالعموم اکتا ہوتا ہے۔

423

عرصۂ ادماء (bleeding time)۔ ایک چبھن کا خون ایک جاذب کاغذ سے بلا دبائے ہر پاؤ یا ایک منٹ پر خشک کر لیا جاتا ہے۔ طبعی حالت میں ادماء ایک تا ۲½ منٹ میں موقوف ہو جاتا ہے۔ لیکن مرض میں ممکن ہے کہ وہ تیس منٹ بلکہ کئی گھنٹوں تک اطالت پذیر ہو جائے۔

شرح تثفل (sedimentation rate)۔ ایک شیشہ کی نلی میں جس کا قطر کم از کم ۲ ملی میٹر ہو، آگزیلیٹیڈ یا سائٹریٹیڈ خون (oxalated or citrated blood) کھینچ کر ۱۰ سینٹی میٹر بلند عمود بنا لیا جاتا ہے۔ طبعی شرح کہ جس سے جسیمات تہ نشین ہو جاتے ہیں، ایسی ہوتی ہے کہ نلی کی چوٹی پر پلازما کا ایک صاف عمود باقی رہ جاتا ہے، جس کی ناپ ۱۵ منٹ میں ۰.۴ سینٹی میٹر تک، ۳۰ منٹ میں ۱.۰ سینٹی میٹر اور ۶۰ منٹ میں ۲.۵ سینٹی میٹر ہوتی ہے۔ یہ تخمینیں ایک محفن میں ۳۷ درجہ سینٹی گریڈ پر بہترین طور پر عمل میں لائی جاتی ہیں۔ ایک سریع شرح تثفل سرایت (مثلاً مرکزی عفونت) ظاہر کرتی ہے۔ لیکن عدم دمویت اور التہاب گردہ کو خارج از بحث کر لینا چاہیے۔

جسیمات کی شکنائی (fragility of corpuscles)۔ بعض امراض میں سرخ جسیمات کی شکنائی معمول کے نسبت زیادہ پائی گئی ہے، بہ الفاظِ دیگر مُرقق سیالات سے دم پاشیدگی ہو جانے میں جسیمات یا گلوبیے نسبتہً کم مزاحمت ظاہر کرتے ہیں۔ اس کی تعیین کے لئے چند مکعب سنٹی میٹر خون کو آگزیلیٹ آف پوٹاسیئم کے ہم تفششی محلول (پوٹاسیئم آگزیلیٹ ۲۸.۰ گرام، سوڈیئم کلورائڈ ۸.۰ گرام، آب کشیدہ ۱۰۰ گرام) کے ساتھ ملا کر اس آمیزے کا انخاض کیا جاتا ہے اور پلازما کو نتھار لیا جاتا ہے، اور جسیمات کو سوڈیئم کلورائڈ کے ۰.۹ فی صدی محلول میں دھو کر پھر ان کا امتحان سوڈیئم کلورائڈ کے مختلف قوتوں کے محلولات کے ساتھ کیا جاتا ہے۔ دُھلے ہوئے طبعی سرخ جسیمات ۰.۴۵ فی صدی سوڈیئم کلورائڈ میں خفیف دم پاشیدگی، اور ۰.۳۵ فی صدی محلول میں کامل دم پاشیدگی ظاہر کرتے ہیں۔ اگر دم پاشیدگی زیادہ قوی محلولات کے ساتھ واقع ہو تو اس سے غیر معمولی طور پر بلند شکنائی ظاہر ہوتی ہے، جیسا کہ بے صفراوی یرقان میں ہوتا ہے۔

جسیمات شماری یا دموی شمار۔ یہ تھوما زیس (Thoma-Zeiss) یا برکرز یس (Burker-Zeiss) کے دموی خلیہ پیما (hæmocytometer) سے عمل میں لایا جاتا ہے۔

اول الذکر ایک شیشہ کا شریحہ ہوتا ہے، جس میں ایک "خانہ" بنا ہوا ہوتا ہے جس کی گہرائی ۱/۱۰ ملی میٹر ہوتی ہے اور جو اپنی تہ میں لکیروں کے ایسے مربعات رکھتا ہے جن کے اضلاع کی ناپ ۱/۲۰ ملی میٹر ہوتی ہے۔ پھر یہ مربعات لکیروں کے ذریعہ گھر کر ۱۶، ۱۶ چھوٹے مربعات کے گروہوں میں گروہبند ہوتے ہیں۔ ایک مخصوص طرز کے بنے ہوئے نالچہ میں خون کی ترقیق ۱۰۰ حصہ میں ایک حصہ کی حد تک، ایک مالح محلول (سوڈیم فاسفیٹ یا کلورائڈ) سے کر لی جاتی ہے، جو جسیمات کو مضرت نہیں پہنچاتا۔ اور پھر اس کا ایک قطرہ شریحہ پر کے "خانے" کے اندر رکھ کر اس پر ایک پتلا شیشۂ محافظ رکھ دیا جاتا ہے۔ جسیمات مربعوں کے اندر تہ نشیں ہو جاتے ہیں، جن میں سے ہر مربع ۱/۴۰۰۰ مکعب ملی میٹر کے برابر ہوتا ہے۔ سولہ سولہ مربعوں کے کئی گروہوں میں سرخ جسیمات شمار کر لئے جاتے ہیں اور اُن کی مجموعی تعداد کو ۱۰۰ سے (جو ترقیق ہے) اور ۴۰۰۰ سے (جو ہر چھوٹے مربع پر کے سیال کا حجم ہے) ضرب دیا جاتا ہے، اور حاصل ضرب کو شمار کردہ چھوٹے مربعوں کی تعداد سے تقسیم کر دیا جاتا ہے، جس سے ایک مکعب ملی میٹر کے اندر کے جسیمات کی تعداد حاصل ہو جاتی ہے۔ برکر (Bürker) کے آلہ میں جو تھوما زیس کے آلہ سے بہتر ہے، شیشۂ محافظ کو سب سے پہلے شکنجوں کے ذریعہ سے جما لیا جاتا ہے اور پھر مرقق خون کو شعری کشش کے ذریعہ اندر داخل کیا جاتا ہے۔ برکر کا طریقۂ ترقیق بھی بہت بہتر ہے، مگر یہ ابھی اِس ملک (انگلستان) میں زیادہ مستعمل نہیں۔ ایک دوسرا نالچہ ۹۰ فی صدی اَسیٹک ایسڈ کے ساتھ، ۱۰ حصہ میں ۱ حصہ کی حد تک ترقیق کرنے کے لئے ہے، جس سے سرخ جسیمات غیر مرئی ہو جاتے ہیں۔

سرخ جسیمات کی تعداد فی مکعب ملی میٹر ذکور کے لئے ۵۰۰۰۰۰۰ اور اناث کے لئے ۴۵۰۰۰۰۰ سمجھی جاتی ہے۔ درحقیقت لندن میں ذکور کے لئے اوسط ۵۴۳۰۰۰۰ ہے، اور جولانی، کہ جس کے اندر تقریباً ۹۰ فی صدی طبعی قدریں واقع ہوتی ہیں۔

بڑے نواۃ دار سرخ خلیات کی مختلف قسموں کی رنگین تصویر (پیمانہ)۔ نیچے کی قطار میں پانچ طبعی ماحصات دکھائی دیتے ہیں بہت سے خلیات میں متعدد الوان پسندی، اور نمبر ۲۲ میں نقطہ دار اساس پسندی ملاحظہ ہو۔ (ڈاکٹر لے۔ بائینے نے ازراہ کرم اسکے چھاپنے کی اجازت عطا فرمائی ہے، رسالہ امراضیات و جرثومیات جلد ۲۰ میں جولائی ۱۹۲۴)۔

(بالمقابل صفحہ 428)

(۲٫۵ × معیاری انحراف) ۰۰۰،۶۶ – ۰۰۰،۹۱ ہے۔ اناث کے لئے اوسط ۰۰۰،۵۰۱ اور جولانی ۰۰۰،۱۲ – ۰۰۰،۵۹۱ ہے۔

لندن میں مردوں کے لئے اوسط ہیموگلوبن ۱۰۵ فی صدی ہے، جو کہ ۱۹٫۵ فی صدی آکسیجنی گنجائش اور ۱۴٫۵ گرام ہیموگلوبن کے متناظر ہے۔ جولانی کہ جس کے اندر ۹۰ فی صدی طبعی نتائج واقع ہوتے ہیں (۲٫۵ × معیاری انحراف) ۹۶ تا ۱۱۵ فی صدی ہے۔ عورتوں کے لئے اوسط ہیموگلوبن ۹۰ فی صدی، اور جولانی ۸۴ – ۱۱۰ ہے۔ یہ بلند قدریں، موٹروں کی وجہ سے کرہ ہوائی میں کاربن مانا کسائیڈ پیدا ہونے کا نتیجہ ہیں۔

جب صبح کے وقت شمار کیا جائے تو سپید خلیات کی تعداد ۴۰۰۰ تا ۹۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر ہوتی ہے۔ اعظم تعداد ۱۲۰۰۰ دوپہر کے وقت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 427)۔

لوحیہ شماری۔ سوڈیم سائٹریٹ کے ۲٫۵ فی صدی محلول کا ایک قطرہ انگلی پر رکھ کر اس قطرے میں سے انگلی کو چبھویا جاتا ہے، جس سے خون اس قطرے میں پھیل جاتا ہے۔ مخلوط خون اور سائٹریٹ کا تازہ حالت میں خردبین سے معائنہ کیا جاتا ہے، اور شیشۂ محافظ کے گرد ویسلین سے حلقہ بنا دیا جاتا ہے کہ وہ خشک نہ ہونے پائے۔ اگر سرخ خلیوں کی فی مکعب ملی میٹر تعداد معلوم ہو تو لوحیوں کی تعداد فلم کے اندر ان دونوں کی نسبت کی بنا پر متعین کی جا سکتی ہے۔ طبعی تعداد ۲۰۰۰۰۰ اور ۵۰۰۰۰۰ کے درمیان اختلاف پذیر ہوتی ہے۔

ہیموگلوبین کی تخمین۔ سریری اغراض کے لئے ہالڈین کا ہیموگلوبین پیما استعمال کرنا بہترین ہے۔ اس میں دو انبوبات ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک میں، جو معیار ہے، طبعی خون کا ایک فی صدی محلول موجود ہوتا ہے جو کاربونک آکسائڈ (carbonic oxide) سے سیر شدہ، اور سلیمانی مہر کے ذریعہ بند ہوتا ہے۔ دوسرا انبوبہ ۱۰۰ درجوں میں تقسیم کیا ہوا ہوتا ہے، اور اس میں خون کی ایک ناپی ہوئی مقدار کی ترقیق کی جاتی ہے یہاں تک کہ اگر اس کو کول گیس سے سیر شدہ کیا جائے (جس سے تمام ہیموگلوبین کاربا کسی ہیموگلوبین CO-hæmoglobin: میں بدل

طبعی خون

جینز کا رنگ	لیشمان کا رنگ
کثیر الاشکال نواتی سپید خلیات	
ایوسین پسند خلیے	
متولی خلیے	
لمفی خلیے	
بڑے یک نواتی خلیے	
سرخ خلیے	

شکل ۵۰

صحفہ ۴۳

سفید دموی خلیات

بالمقابل صفحہ 421

غیر طبعی لون

لیشان کارنگ — جینز کارنگ

لیبی ناہضات	
ذراتی	لبی ناہضات
ایسوسین پسند	لبی ناہضات
اساس پسند	لبی ناہضات

جینز کارنگ

بوقلموں خلویت
خلوی لاتساری
متعدد الوان پذیری
نقطہ دار اساس پسندی
نوات دار سرخ خلیے

شکل ۵۱

صفحہ ۳۵

غیرطبعی دموی خلیات

بالمقابل صفحہ 425

جاتی ہے) تو وہ معیار کے رنگ کا مقابلہ کرتا ہے۔ ایسی حالت میں پیمانہ پر کا وہ عدد کہ جہاں تک محلول پہنچا ہے، ہیموگلوبین کی فی صدی مقدار ظاہر کرتا ہے۔ ڈیر (Dare) کے ہیموگلوبن پیما کے پیمانہ کا معیار وہی ہے جو کہ بالڈین کے آلہ کا ہے۔ لیکن دوسرے آلات کے پیمانوں کا معیار اس سے مختلف ہوتا ہے۔

قوۃ نمائے لون (colour index)۔ مختلف دموی امراض میں جسیمات کے اندر ہیموگلوبین کا ارتکاز کسیقدر اختلاف ظاہر کرتا ہے۔ لیکن جسیمات کی جسامت اس سے بہت زیادہ اختلاف ظاہر کرتی ہے۔ اگر انفرادی جسیمات معمول کے نسبت چھوٹے ہوں تو ہیموگلوبن کی فی صدی مقدار جسیمات کی فی صدی تعداد کے مقابلہ میں کم ہوتی ہے۔ جسیمات کی فی صدی تعداد کے ساتھ ہیموگلوبین کی فی صدی مقدار کی اس نسبت کو لونی قوت نما کہتے ہیں، اور یہ اس لحاظ سے کہ خلیات معمول کے نسبت اوسطاً چھوٹے یا بڑے ہیں کم یا زیادہ ہوسکتا ہے (8)۔ چنانچہ اس وقت جب کہ ہیموگلوبن ۰۸ فی صدی اور جسیمات ۰۵ فی صدی ہوں تو لونی قوت نما ۸ یا ۱.۶ ہوتا ہے۔ لندن میں مردوں کے لئے اوسط لونی قوت نما ۱.۰۹ اور جولانی ۰.۸۹ - ۱.۰۶ ہے، اور عورتوں کے لئے اوسط ۰.۹۸ اور جولانی ۰.۸۷ - ۱.۱ ہے۔

جسیمات کا خُردبینی امتحان۔ اگرچہ ایک بے رنگی ہوئی فلم سے سرسری تشخیص اکثر ہوسکتی ہے، تاہم معمولی طور پر رنگوں کو کام میں لانا چاہیئے، مثلاً جینر (Jenner) یا لیشمان (Leishmann) کے رنگ۔ شبکی خلیوں (reticulocytes) کے رنگنے کے لئے، کریسائل بلیو (cresyl blue) کے الکحلی محلول کو ایک گرم شیشہ پر بھاپ اوڑا کر خشک کر لینا چاہیئے۔ اس صبغہ کے ساتھ خون کا ایک قطرہ ملا لیا جاتا ہے۔ پھر اُسے پھیلا کر خشک ہونے دیا جاتا، اور ایک روغن غرق عدسہ (oil immersion lens) کے ذریعہ اس کا امتحان کیا جاتا ہے۔

مختلف جسیمات جو صحت اور مرض کی حالت میں دیکھے جاسکتے ہیں صفحہ ۴۲۳، ۴۲۴، ۴۲۵، ۴۲۶ ب ج میں انکی تصویر دیگئی ہے۔

سرخ جسیمات یا خلیا احمر (red corpuscles or erythrocytes)۔ طبعی سُرخ جسیمات جن کا قطرہ ۷.۵ ملی میٹر ہوتا ہے۔ چھوٹے جسیمات یا خورد خلیے (microcytes) جن کا قطر ۲ تا ۶ ملی میٹر ہوتا ہے۔ بڑے جسیمات یا کبیر خلیے

(megalocytes) جن کا قطرہ ۱۰ تا ۱۵ مائکرون ہوتا ہے۔ سرخ جسیمات کی جسامت کی عدم مساوات کو خلوی لا تساوی (anisocytosis) کہتے ہیں۔ مزید برآں بدشکل، معوج، اکثر ناشپاتی نما جسیمات ہوتے ہیں، جن کو بوقلموں خلیات (poikilocytes) کہتے ہیں۔ جسیمات کے ٹکڑوں کو شقوقی خلیے (schizocytes) کہتے ہیں۔ نوات دار سرخ خلیوں (ناھضات احمر = erythroblasts) کی تقسیم اُن کی جسامت کے لحاظ کو ناھضات طبعی (normoblasts)، خرد ناھضات (microblasts)، کبیر ناھضات (megaloblasts) میں کی گئی ہے، اور بوقلموں ناھضات (poikiloblasts) بھی واقع ہوتے ہیں۔

نوات دار سرخ خلیے طبعی طور پر لبِ عظام میں ہوتے ہیں۔ خون کے اندر اُنکی موجودگی سے لبِ عظام میں اُن کی زیادہ پیدائش ظاہر ہوتی ہے۔

ناھضات احمر کے انشقاق سے آزاد نوات دیکھے جا سکتے ہیں۔ شبکی خلیے (reticulocytes) وہ سرخ خلیے ہیں، جن میں ایک اساس پسند شبکہ موجود ہوتا ہے۔ وہ مختلف عدم دمویت کی شفایابی کے ابتدائی درجے میں دیکھنے میں آتے ہیں (ملاحظہ ہو صحفہ ۳۶ ب، صفحہ 433)۔ متعدد الوان پذیری (polychromasia) شکلی خلویت کے لئے ایک دوسرا نام ہے۔ نقطے دار اساس پسندی (punctate basophilia) یا سرخ خلیوں کی داغ داری (stippling) بھی اِس سے ملتی جلتی حالت ہے، جس پر رصاصی تسمم (lead poisoning) کے تحت مزید غور کیا گیا ہے۔ اُمّ الخلیہ (metrocyte) وہ ناھض کبیر (megaloblast) ہے، جس کا نوات بالواسطہ انقسام کے امارات ظاہر کرتا ہے۔

سپید خلیات (leucocytes)۔ سپید خلیے جن کی کئی اقسام ہیں، دو گروہوں میں منقسم ہیں۔ (۱) ہڈاتی خلیے جنکو بعض اوقات سفید گوں (leucoid) یعنے کثیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) خلیے کہتے ہیں، جن کے خلیہ مایہ میں ترشہ سے رنگ قبول کرنے والے چھوٹے ذرات ہوتے ہیں اور جن کا متغیر نوات ہوتا ہے۔ ایوسین پسند (eosinophil) خلیے، جن میں موٹے ذرات اور نعل کی شکل کا نوات ہوتا ہے۔ اور مستولی خلیات (mast cells) جن کے ذرات ارغوانی رنگ قبول کرنیوالے

اور نوات خفیف طور پر اساس پسند ہوتا ہے۔ (۲) غیر ذراتی یا لمف آسا (lymphoid) خلیے یعنے چھوٹے اور بڑے لمفی خلیے (lymphocytes)، جن کا نوات چھوٹا، گول، قوی طور پر اساس پسند ہوتا ہے، اور خلیہ مایہ تھوڑا جو صرف خفیف سا رنگ قبول کرتا ہے، اور بڑے یک نواتی (large mononuclear)، یا زجاجی خلیے (hyaline cells) یا یک نواتی خلیے (monocytes) جیساکہ اب عموماً اُن کو کہتے ہیں، جن کا نوات اور خلیہ مایہ خفیف سا رنگ قبول کرتا ہے۔ بعض اوقات ان خلیوں میں ایک نعل کی شکل کا نوات ہوتا ہے، اور چونکہ یہ کثیر الاشکال نواتی خلیوں اور لمف آسا خلیوں کی درمیانی کڑی سمجھے جاتے ہیں، لہٰذا ان کو برزخی خلیات (transitional cells) کہتے ہیں، لیکن یہ سمجھنا صحیح نہیں ہے، لہٰذا اس اصطلاح سے احتراز لازم ہے۔ یک نواتی خلیوں کو کلاں آکلات (macrophages) بھی کہتے ہیں، اور کثیر الاشکال خلیوں کو خورد آکلات (microphages) بھی کہتے ہیں۔ ایوسین پسند خلیے بھی اکال خلیات ہوتے ہیں۔ یہ سب خلیے امیبائی حرکت ظاہر کرتے ہیں۔ تفریقی شمار کو فی صدی کے طور پر ہرگز ظاہر نہیں کرنا چاہیئے، بلکہ ہمیشہ یہ بتلانا چاہیئے کہ ایک مخصوص قسم کے خلیہ کی فی مکعب ملی میٹر کیا تعداد ہے، اور اسی واسطے سپید خلیوں کا مجموعی شمار بھی خون کے اُسی نمونہ پر سے کرنا چاہیئے، جو تفریقی شمار کے لیے کام میں لایا گیا ہے۔ کثیر الاشکال خلیوں اور لمفی خلیوں کے اختلاف کی وجہ سے سپید خلیوں کے روزانہ دو مدّو جزر ہوا کرتے ہیں۔ اُن کی اقل تعدادیں ۱۰ بجے صبح ۱۲ بجے دن اور ۹ بجے شب سے ۱۱ بجے رات تک ہوا کرتی ہیں۔ اور اعظم تعدادیں ایک بجے دن سے ۵ بجے شام تک اور ۱۱ بجے رات سے ۵ بجے صبح تک ہوا کرتی ہیں۔ ان کا غذا سے کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ اسی واسطے اُن کا وقت ہمیشہ نوٹ کرلینا چاہیئے۔

تفریقی شمار (بالغ مرد، ۲۰ تا ۴۰ سال)

	تقریبی ناپ	فی صدی	تعداد فی مکعب ملی میٹر ۹ تا ۱۰ بجے صبح ۔ دوپہر		
			اعظم	اقل	اعظم
کثیر الاشکال نواتی خلیے	۱۰ تا ۱۲ ملر	۵۵۔۰۰	۵۰۰۰	۲۵۰۰	۰۰۰

	تقریبی ناپ	فی صدی	تعداد فی مکعب ملی میٹر ۹ تا ۱۰ بجے صبح - دوپہر اعظم	اقل	اعظم
لمفی خلیے	۷ تا ۱۲ ملر	۲۰ - ۳۵	۳۰۰۰	۱۵۰۰	۴۳۰۰
یک نواتی خلیے	۱۲ تا ۲۰ ملر	۲ - ۵	۶۰۰	۲۰	.
ایوسین پسند خلیے	۱۱ تا ۱۳ ملر	۲ - ۶	۴۰۰	۲۰	.
ستولی خلیے	۱۰ تا ۱۲ ملر	چند	۱۰۰	.	.

طبعی تفریقی شمار کے حدود ۵۰۰ شماروں کے ان اعداد سے مستنبط کئے گئے ہیں جو کہ پروفیسر ناگوشا نے از راہِ کرم ارسال فرمائے ہیں۔

بعض امراض میں خون کے اندر غیر طبعی سپید خلیات پائے جاتے ہیں۔ اولاً انحطاط یافتہ خلیے ہوتے ہیں جن کے خلیہ مایہ میں خالیے ہوتے ہیں اور جن کے نواتوں کی تلوین ٹھیک طور پر نہیں ہوتی۔ دوم، مختلف غیر پختہ خلیے ہوتے ہیں جو لب عظام سے ماخوذ ہوتے ہیں اور جو عموماً لبّی خلیوں (myelocytes) کے نام سے مشہور ہیں۔ لبّی ناھض (myeloblast) ایک بڑا اوّلی خلیہ (۱۰ - ۲۰ ملر) ہے، جو لب عظام کے عفریتی خلیے سے پیدا ہوتا ہے۔ اس کا نوات بڑا ہوتا ہے، خفیف سا رنگ قبول کرنے والا ہوتا ہے، اور ایک گہرا رنگ قبول کرنے والے خلیہ مایہ کے بند سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ بعض لبّی ناھض (metamyeloblast)، جو اس کے بعد کا درجۂ نمو ہے، سابق الذکر خلیہ سے مشابہ ہوتا ہے، لیکن اس کے خلیہ مایہ میں ترشہ سے رنگ قبول کرنے والے ریزے ہوتے ہیں۔ پھر (۱) ذرّاتی لبّی خلیہ (granular myelocyte) ہوتا ہے، جس میں خلیہ مایہ کثیر الاشکال نواتی خلیہ کے خلیہ مایہ سے مشابہ ہوتا ہے، اور (۲) ایوسین پسند لبّی خلیہ (eosinophil myelocyte) ہوتا ہے، جس کے ذرات موٹے اور ترشہ سے رنگ قبول کرنے والے ہوتے ہیں۔ یہ تمام خلیے تقریباً یکساں جسامت کے ہوتے ہیں۔ ذرّاتی لبّی خلیہ، کثیر الاشکال نواتی خلیہ بن جاتا ہے، اور ایوسین پسند لبّی خلیہ موٹے ذرات والا ایوسین پسند خلیہ بن جاتا ہے۔ ان کے علاوہ

اساس پسند لبّی خلیے (basophil myelocytes) ہوتے ہیں جن سے متولی خلیات پیدا ہو جاتے ہیں۔ لبّی نا بعض (myeloblast) لمفی خلیہ بھی پیدا کر دیتا ہے، اور اس میں برزخی درجے یہ ہیں:۔ ملفی لبّی خلیہ (lymphomyelocyte) جو نسبتہً چھوٹا ہوتا ہے، لیکن جس میں اسی قسم کا نواۃ باقی رہتا ہے جیسا کہ لبّی نا بعض میں ہوتا ہے، اور پیش لمفی خلیہ (prolymphocyte) جس میں نواۃ گہرا اساس پسند رنگ قبول کرتا ہے۔ یہ خلیہ منقسم ہو کر لمفی خلیہ کو پیدا کر دیتا ہے۔

خون کے ذراتی خلیے (یعنی کثیر الاشکال نواتی، ایوسین پسند اور متولی خلیے مع اپنے پیشروؤں کے ایک اصطلاح سفید گوں خلیات کے تحت جمع کئے گئے ہیں۔ اس کے مقابلہ میں غیر ذراتی خلیات (یعنی لمفی خلیہ اور بڑا ایک نواتی خلیہ) اور ان کے پیش رو لمف آسا خلیات (lymphoid cells) کے نام سے یاد کئے جاتے ہیں۔

مزمن تقیح میں بعض اوقات سپید خلیوں میں چربی موجود ہوتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ اسی حالت میں اُن سے آیوڈینی تعامل (iodine reaction) حاصل ہو جو گلائکوجن (glycogen) کی علامت ہے۔ اس کو بتلانے کے لئے خون کی فلموں کو چند منٹ کے لئے ایک شیشہ کی ڈاٹ بوتل میں رکھ دیا جاتا ہے، جس میں آیوڈین کی قلمیں موجود ہوتی ہیں۔ پھر ان فلموں کا تراکب لیویولوس (laevulose) کے سیر شدہ محلول میں کر دیا جاتا ہے۔ ایسا کرنے پر گلائکوجن ایک گہرا مہاگنی بھورا رنگ ظاہر کرتی ہے۔

آرنیتھ (Arneth) کا شمار۔ یہ طریقہ، کہ جس کو شلنگ (Schilling) نے سادہ تر بنا دیا ہے، کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں کی عمر دریافت کرتا ہے۔ ذراتی لبّی خلیہ، یا نو عمر خلیہ میں واحد گول نواۃ ہوتا ہے۔ اس کے بعد مختلف قسم کے بعد لبّی خلیات آتے ہیں۔ سب سے پہلے وہ کہ جن میں خفیف سی تسنین ہوتی ہے، پھر وہ کہ جن میں اس سے بڑی تسنین ہوتی ہے، اور آخر میں وہ کہ جن میں تسنین اتنی نمایاں ہوتی ہے کہ ایک نعل ظہور میں آتی ہے [یہ بند نما قسمیں (band forms) کہلاتی ہیں]۔ وہ تمام خلیات جو ۲، ۳، ۴، یا ۵ لختوں میں تقسیم ہوں جو کہ رشتوں کے ذریعہ جڑے ہوئے ہوں، پختہ کثیر الاشکال نواتی خلیات

کہلاتے ہیں ۔ طبعی حالات میں لبّی خلیات بالکل نہیں ہوں گے، اور کثیر الاشکال نواتی خلیات میں سے ۱۰ فی صدی تعداد بعد لبّی خلیات کی ہو گی ۔ عفونتی حالتوں میں جب کہ لب العظام پر بار پڑتا ہے، نو عمر قسمیں تعداد میں بڑھ جاتی ہیں، گو کہ سپید خلیات کی مجموعی تعداد زیادہ بڑھی ہوئی نہیں ہوتی ۔ مثلاً ایک عفونی حالت میں لبی خلیات اور نو عمر قسمیں ۲۵ فیصدی تک

شکل ۲ ۵ ۔ پرائس جونس کا دموی خلیہ کی توزیع کا منحنی (اس کے بیان کے لئے متن ملاحظہ ہو) ۔

اور بند نما قسمیں ۲۵ فی صدی تک بڑھ سکتی ہیں، اور کامل تلوین یافتہ خلیات ۵۰ فی صدی تک گھٹ سکتے ہیں ۔ یہ نام نہاد حرکت الی الیسار ہے، اور اس کے معنی یہ ہیں کہ اندمال زیادہ تشویشناک ہو جاتا ہے ۔

پرائس جونس کا دموی خلیہ کی توزیع کا منحنی (Price-Jones blood cell distribution curve)۔ پہلے بتلایا گیا ہے کہ لونی قوت نما سے جسیمات کی اوسط جسامت کا اندازہ ہوتا ہے، لیکن اس سے انفرادی جسیمات کی جسامت کے تغیر کے متعلق کوئی معلومات نہیں حاصل ہوتے۔ آخرالذکر تشخیص میں مفید ہو سکتا ہے، اور اسکی تعیین کا یہ طریقہ ہے کہ ایک رنگی ہوئی فلم میں ۳۰۰۰ کی تکبیر کے تحت ۵۰۰ یا زائد سرخ خلیوں کی پیمائش دو قطروں میں کر کے اُس کا اوسط لے لیا جائے (۸)۔ نتائج کو پرائس جونس کے دموی منحنی کی شکل میں ظاہر کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۵۲)۔ اس کی چوٹی خلیہ کی اُس جسامت کو ظاہر کرتی ہے جو نہایت کثیر الوقوع ہے، اور اس کے صعودی اور نزولی حصے کے مابین جو فاصلہ ہے وہ یہ ظاہر کرتا ہے کہ باقی ماندہ خلیے اس جسامت سے کس قدر قریب ہوتے ہیں۔ طبعی خلیوں کا اوسط قطر ۷ء۲ ملی ہوتا ہے اور تمام خلیے زیادہ تر ایک ہی جسامت کے ہوتے ہیں۔ نزف کے باعث پیدا ہونے والی عدم دمویت میں اوسط قطر نسبتہً کم اور تغیر نسبتہً زیادہ ہوتا ہے۔ ایڈیسن کی عدم دمویت میں اوسط قطر نسبتہً زیادہ، اور تغیر بہت بڑا ہوتا ہے۔

طریق تقسیم۔ ہیموگلوبن کی قلت، جس کے ساتھ سرخ خلیوں کی کمی ہو یا نہ ہو، عدم دمویت (anaemia) کہلاتی ہے، جو اس وقت جب کہ خون کی تکوین ناقص ہو غیر تکوین الدموی (anhaemopoietic)، اور اُس وقت جب کہ خون کا اتلاف بہت زیادہ ہو اتلاف الدموی (haemolytic) کہلاتی ہے۔ عدم دمویتوں کو خرد خلوی (microcytic) اور کلاں خلوی (macrocytic) بھی کہا جاتا ہے۔ قلیل اللون (hypochromic) یا کثیر اللون (hyperchromic) کی اصطلاحات رنگی ہوئی فلم میں خلیہ کے رنگ کی طرف اشارہ کرتی ہیں، لیکن مختلف مصنفین ان کو دوسرے معنوں میں استعمال کرتے ہیں (یعنی پست یا بلند لونی قوت نما کے مترادفات کے طور پر) اور بعض اوقات ایک ہی مصنف ان کو ایک سے زیادہ معنوں میں استعمال کرتا ہے۔ مجمل طور پر بیان کیا جائے تو خرد خلوی عدم دمویت قلیل اللون اور کلاں خلوی عدم دمویت کثیر اللون ہوتی ہے۔

سپید جسیمات کی کمی قلتِ جسیمات سفید (leucopenia) کہلاتی ہے، جو

دیرینہ حمیات میں واقع ہو جاتی ہے۔ غیر ذراتی خلویت (agranulocytosis) ذراتی خلیات کی قلت ہے۔

ہیموگلوبن اور سرخ جسیمات کی زیادتی 'کثرت خلیات احمر (polycythæmia rubra) ' احمر دمویت (erythræmia)' احمر خلویت (erythrocytosis) کہلاتی ہے۔

سپید جسیمات کی زیادتی بیض دمویت (leukæmia)' سفید خلیہ دمویت (leucocythæmia)' ابیض خلویت (leucocytosis) کہلاتی ہے۔

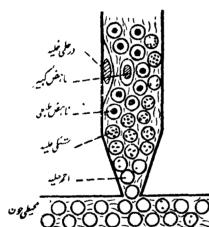
سپید خلیوں کے مختلف اشکال کی زیادتی لمفی بیض دمویت (lymphatic leukæmia)' لبی خلوی بیض دمویت (myelocytic leukæmia)' ایوسین پسندی (eosinophilia) کہلاتی ہے۔

غیر تکوین الدموی (قلتی) عدم دمویت

(ANHÆMOPOIETIC (DEFICIENCY) ANÆMIA)

دورانی خون کے اندر کی ہیموگلوبن کی مقدار اور سرخ جسیمات کی تعداد کا انحصار زیادہ تر تکوین دم اور اتلاف دم کے دو عمال کے درمیان توازن پر ہوتا ہے۔ طحال' اتلاف خون کا ایک عضو ہونے کے علاوہ دموی خلیات کے لئے ایک مخزن کا کام بھی دیتی ہے' اسی وجہ سے وہ سریع عارضی تغیرات کا باعث ہو سکتی ہے۔ لیکن چونکہ خون کے مجموعی حجم کی پیمایش کرنا موجودہ زمانہ میں عملی سریری دستور العملی تحقیق نہیں ہے' لہذا سرخ جسیمات یا ہیموگلوبن کی مجموعی مقدار کی تعیین نہیں کی جاتی بلکہ صرف ان کا ارتکاز دیکھا جاتا ہے۔ سرخ خلیات' اور ان کے پیشرؤوں کو ایک بافت تصور کیا جاتا ہے جو کہ نسیج احمر (erythron) کہلاتی ہے۔

امراضیات۔ سرخ خلیات' سرخ لب عظام کے تکوین الدموی عروق شعریہ میں بنتے ہیں' جیسا کہ شکل ۵۳ (14) میں خاکہ کے طور پر دکھایا گیا ہے۔ اگر یہ عمل اپنے سب سے ابتدائی درجہ میں رک جائے' تو غیر تکوینی عدم دمویت ظہور میں آتی ہے۔

ناہضن کبیر سب سے زیادہ اولین سرخ خلیہ ہے۔ اس کے مزید نشو و نما کے لئے ایک "دموی جوہر" کی ضرورت ہے، جو کہ معدہ میں اور غالباً اثنا عشری میں بھی دو عاملوں سے طبعی طور پر بنتا ہے (۱) ایک انزیم جو کہ کاسل (Castle) کا "درونی عامل" کہلاتا ہے، اور بوابی غددمیں اور شاید اثنا عشری میں برونر (Brunner) کے غدد میں تیار ہوتا ہے اور (۲) کاسل کا "برونی عامل" مثلاً وہ جو کہ گائے کے گوشت اور خصوصاً لبن میں پایا جاتا ہے۔ اس کا ثبوت یہ ہے کہ اگرچہ گوشت پر مشتمل غذا ایڈیسن (Addison) کی کبیر خلوی عدم دمویت یعنی متلف عدم دمویت کو اچھا نہیں کر سکتی، تاہم اگر اس گوشت کو طبعی انسانی معدہ میں ایک گھنٹہ تک ہضم کیا جائے اور پھر نکال کر متلف دمویت کے مریض کو دیا جائے تو وہ شفایاب ہو جاتا ہے۔ چنانچہ صحت مند معدی انہضام ایک نائٹروجینی مادہ کو پیدا کرتا ہے۔ اور یہ ایک دموی جوہر ہے جو کہ پروٹین کے ٹوٹ جانے سے پیدا ہوتا ہے اور معمولاً جگر اور گردوں میں مذخور رہتا ہے، اور طبعی سرخ خلیات کی تکوین کے لئے ضروری ہے۔ متلف عدم دمویت میں یہ اس لئے نہیں بنتا کہ التہاب معدہ کی وجہ سے خمیر کی قلت ہوتی ہے۔ اس دموی جوہر کے بغیر دموی جسیموں کا نشو و نما کبیر ناہضی درجہ پر رک جاتا ہے۔ لب عظام میں کبیر ناہضی رد عمل ہوتا ہے، اور اس میں خلیات ٹھس کر بھرے ہوتے ہیں، اور ایک کبیر خلوی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ لوہا، تانبے کا ایک شائبہ، حیاتین ج اور تھائراکسن (thyroxin) یہ تمام طبعی تکوین خون کے آخری درجہ کے لئے ضروری ہیں جو کہ شبکی خلویت کے برزخی درجہ کے بعد آتا ہے، اور ان کے بغیر لب عظام میں طبعی

شکل ۵۳ - نسیج احمر کی خاکہ نما ترسیم

ناہضمی ردعمل واقع ہوتا ہے اور ایک خرد خلوی عدم دمویت پیدا ہوتی ہے۔ کبیر ناہضمی اور طلبیی ناہضمی ردعمل اسی مرض میں تبادل کر سکتے ہیں۔ وہ ظاہر کرتے ہیں کہ تکوین خون ہیجان میں آئی ہے، لیکن ضروری عامل کی عدم موجودگی کے باعث ان میں سے ایک درجہ پر رک گئی ہے، بالکل اسی طرح جس طرح کہ کسی کارخانہ میں نیم تیار مال اس وقت جب کہ کوئی ضروری صنعتی عمل بگڑا ہوا ہو، جمع ہو جاتا ہے۔

ایک بڑے نزف کے فوراً بعد طحال میں سے سرخ خلیات داخل ہو کر دموی شمار بڑھ جاتا ہے۔ لیکن چند ہی گھنٹے کے اندر سیال دوران خون میں داخل ہو جاتا ہے، اور اس کے حجم کی کمی پوری کر دیتا ہے، لہٰذا اگر نزف سے پہلے کی ہیموگلوبن معلوم ہو تو اب اس کی آخری قدر سے اندازہ ہوتا ہے کہ کسی قدر نقصان خون ہوا ہے۔ جب عدم دمویت قائم ہو جائے تو تکوین خون ہیجان میں آتی ہے۔ لیکن لوہے کے فقدان کی وجہ سے رک جاتی ہے (طلبیی ناہضمی ردعمل)۔ بعض حالات میں مثلاً اس وقت جب کہ بہت سا سیال ضائع ہوا ہو، جسم اس دموی حجم کی کمی پوری کرنے کی قابلیت کھو دیتا ہے، اور مریض بہت ہی بیمار ہو جاتا ہے۔

ثانوی عدم دمویت۔ عدم دمویتوں کی تقسیم اس طرح کی جاتی تھی۔ اولی عدم دمویتیں جن کی سبب معلوم نہ ہو (اخضریت اور متلف عدم دمویت) اور ثانوی عدم دمویتیں جن کے اسباب اکثر اصابتوں میں بالکل واضح ہوتے ہیں۔ اس قسم کی جماعت بندی آج کل بالکل بے کار ہے۔ لیکن ثانوی یا اخضریتی عدم دمویت کی اصطلاح ابھی تک عام طور پر ایک خرد خلوی عدم دمویت کے معنوں میں استعمال کی جاتی ہے کہ جس میں طلبیی ناہضمی ردعمل اور پست لونی قوت نما ہو اور جو مختلف اسباب سے پیدا ہو۔ یہ اسباب حسب ذیل ہیں:۔ (۱) نزفات۔ ان میں سے بہت سے نزفات مفرط ہوتے ہیں، لیکن یہ عود نہیں کرتے، یا یہ صرف طویل وقفوں سے ہوتے ہیں۔ متواتر تھوڑے نزفات سے، جو بواسیر، مستقیمی قرحہ، رحمی امراض، اثنا عشری کج دہن (ancylostoma duodenale) کے باعث ہوں، شدید عدم دمویت واقع ہو سکتی ہے۔ جلد اور مخاطی اغشیہ میں بھی نزفات ہو سکتے ہیں، جیسے کہ وہ جو مختلف اقسام کے پرپیورا (purpura) میں اور اسکروی

میں ہوتے ہیں (scurvy)۔ (۲) مرض برائٹ، اسکروی اور ناقص درقیت۔ (۳) سنِ جسیمات کی تقلیل مرض آجکل میں اور بعض دمویت کی مختلف قسموں میں واقع ہوجاتی ہے۔ ثانوی عدم دمویت کا علاج وہی ہے جو کہ سادہ بے ترشہ عدم دمویت کا ہوتا ہے۔

عدم دمویت کے علامات ۔ نمایاں عدم دمویت کی تمام اصابتوں میں بعض مخصوص خصایص مشترک ہوتے ہیں، اگرچہ بعض اقسام کی عدم دمویتوں میں انکے ممیز و مخصوص خصایص بھی ظاہر ہوتے ہیں، جو آگے چل کر بیان کئے گئے ہیں۔ جلد شاحب اور موم نما ہوتی ہے۔ تازہ نزف کی اصابتوں میں رنگ بالکل سپید ہوتا ہے۔ تاہم یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ممکن ہے حقیقی عدم دمویت بالکل موجود نہ ہو اور وعاحرکی فعل سے دموی توزیع میں تغیر واقع ہوجانے سے شحوب پیدا ہوجائے۔ لب پھیکے گلابی رنگ کے ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ گالوں میں بھی ایک خفیف گلابی تمتماہٹ ظاہر ہو۔ مرئی مخاطی اغشیہ پھیکے گلابی رنگ کی ہوجاتی ہیں، جیساکہ دہن، زبان، اور پپوٹوں کی اندرونی جانب میں دیکھا جاتا ہے۔ خون کا بدلا ہوا رنگ ہاتھ کی پشت پر کی وریدوں کی جھلک میں بھی ظاہر ہوتا ہے، جو سپید چمڑے کے اندر سے گلابی نظر آتی ہیں، نہ کہ گلابی جلد کے اندر سے سیاہ ارغوانی۔ مریض نڈھال اور کمزور جسمانی یا دماغی محنت کے ناقابل ہوتا ہے، اُسے دردِ سر اور چکر آنے کا امکان ہوتا ہے، آنکھوں کے سامنے دھبے نظر آتے ہیں، کانوں میں آوازیں گونجتی ہیں، اور غشیان کے دورے ہوتے ہیں۔ محنت کرنے یا زور لگانے پر سانس پھول جاتی ہے اور عروق کی تپک پیدا ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ پاؤں کا اُذیما موجود ہو۔ بھوک عموماً کم ہوجاتی ہے، اور غذا لینے کے بعد شراسیف کے مقام پر گرانی یا ضیق معلوم ہوتا ہے، یا شدید سوزشِ سینہ ہوتی ہے۔

اگر کوئی نمایاں درجہ کی عدم دمویت ہو تو ہمیشہ قلب کو ہیجان میں لاکر خون کی فی منٹ درآمد کو زیادہ کردیتی ہے، اسیواسطے شرحِ نبض زیادہ ہوجاتی ہے۔ یہ ایک تعویضی میکانیت ہے، لیکن اس کے یہ معنی ضرور ہیں کہ قلب زیادہ کام کرتا ہے۔ لہٰذا علاج کا اولین مدعا آرام ہے۔ استماع کرنے پر دموی خرخرات اور حرحرِ غدرونی (bruit de diable) سنائی دیتے ہیں۔ یہ پہلے بیان کئے گئے ہیں (صفحات

222 ، 230) - ممکن ہے کہ قلب تسع ہو جائے۔

اخضریت

(chlorosis)

بحث اسباب - اخضریت یا اس کے انگریزی مرادف، گرین سکنیس (green sickness) کا نام اس سبزی مائل جھلک پر مبنی ہے جو کہ گالوں کے شحوب کے ساتھ مخلوط ہوتی ہے۔ اس نام کا اطلاق عدم دمویت کی اس قسم پر کیا جاتا ہے جو بالخصوص قبض کی شکایت رکھنے والی لڑکیوں اور نوعمر عورتوں میں چودہ اور چوبیس سال کے سن کے درمیان ہوتی ہے، گو مستثنیٰ طور پر ایسی ہی ایک حالت لڑکوں میں بھی دیکھی جاتی ہے۔ موجودہ صدی کے آغاز سے اخضریت کے حدوث میں بتدریج کمی پائی گئی ہے اور غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ تنگ کمر بندی کا رواج، جس سے جگر پر دباؤ پڑتا تھا، ترک کر دیا گیا ہے، نیز یہ کہ اب عورتوں کا کام نسبتہً بہتر حالات کے تحت انجام دیا جاتا ہے، اور تازہ ہوا زیادہ لی جاتی ہے، اور ورزش زیادہ مقدار میں کیجاتی ہے (6). 481 خانگی ملازمت کرنے والیوں میں یہ مرض سب سے زیادہ عام ہوا کرتا تھا۔

علامات - اخضریت ایک خرد خلوی عدم دمویت ہے۔ دموی شمار پست لونی قوت نما ظاہر کرتا ہے، کیونکہ سرخ خلیات کی نسبت ہیموگلوبن میں زیادہ تخفیف پائی جاتی ہے۔ طبعی نا ہضات، شبکی خلیات، شقوقی خلیات، شدید اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ سپید خلیات طبعی ہوتے ہیں۔ عدم الطمث موجود ہوتا ہے۔ معدی رس میں آزاد HCl موجود ہوتا ہے۔ کبھی کبھی عصب بصری کا التہاب (optic neuritis) پیدا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کے بعد ذبول، اور مستثنیٰ اصابتوں میں عینی شلل (ocular paralysis)، شبکیتی سدادیت (retinal embolism)، اور خلف البصلہ التہابِ عصب (retrobulbar neuritis) واقع ہو جائے۔

انذار اور علاج - ملاحظہ ہو سادہ بے ترشہ عدم دمویت۔

سادہ بے ترشہ عدم دمویت

(simple achlorhydric anaemia)

یہ مرض عورتوں کو اس سے بہت زیادہ عام طور پر ماؤف کرتا ہے کہ جتنا مردوں کو اور عورتوں کو یہ تقریباً بچہ جننے کی عمر میں ماؤف کرتا ہے، اور سب سے زیادہ اصابتیں ۴۰ سے لیکر ۵۰ سال کی عمر میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ بچوں میں اور معمر اشخاص میں (33) بھی واقع ہوتا ہے۔ تاہم یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ صحت مند مردوں اور عورتوں میں سے ۲۴ فی صدی ایسے ہوتے ہیں کہ جن کو ۶۰ سال سے اوپر سادہ بے ترشہ عدم دمویت ہوتی ہے۔

علامات۔ ایک خرد خلوی عدم دمویت پائی جاتی ہے، اور خون ایک پست لونی قوت نما ظاہر کرتا ہے۔ متلف عدم دمویت کی طرح اس میں بھی بے ترشگی پائی جاتی ہے، لیکن خون میں بائلی رو بین کی زیادتی نہیں ہوتی، چنانچہ وآن ڈن برگ کا کاشف منفی ہوتا ہے، اور حبل نخاعی میں کوئی تغیرات نہیں ہوتے۔ طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ بسا اوقات التہاب اللسان (glossitis) ہوتا ہے اور یہ التہاب زبان پر سے پھیلتا ہوا البلعوم کی پشت پر چلا جاتا ہے۔ بعض اوقات عسر البلع ہوتا ہے۔ ناخن مقعر (چمچہ نما) اور پتلے ہوتے ہیں، ان پر طولی حیدیت (ridging) (انفعار الظفر = koilonychia) پائی جاتی ہے۔ عدم دمویت غالباً غذائی خلے میں سے لوہے کے قلیل انجذاب کی وجہ سے ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ معدی رس میں ہائڈروکلورک ایسڈ کی عدم موجودگی اس کا جزوی سبب ہو۔

تشخیص۔ یہ اس امر پر منحصر ہے کہ بے ترشگی کے ساتھ پست لونی قوت نما کی عدم دمویت مشاہدہ کی جائے، جو بلا کسی واضح سبب کے ہو، مثلاً بغیر نزف کے۔

انذار۔ موثر علاج کرنے کی حالت میں یہ اچھا ہوتا ہے۔

علاج۔ لوہا بڑی مقداروں میں دینا چاہئے۔ قشری تجہیز، آیرن اینڈ امونیم سٹریٹ (iron and ammonium citrate)، جو کہ فیرک سٹریٹ (ferric citrate) پر مشتمل ہے، مقبول عام ہے۔ لیکن روزانہ اس کا ایک ڈرام

دینا چاہئے ۔ لوہا صرف فیرس (ferrous) حالت میں جذب ہوتا اور تاثیر کرتا ہے (7) ' لہٰذا فیرس لوہا استعمال کرنا بہتر ہے ۔ پل فیری (pil. ferri.) (بلاڈ کی گولی — Blaud's pill) جو فیرس سلفیٹ اور سوڈیم کاربونیٹ (sodium carbonate) کا ایک آمیزہ ہے (۵ تا ۱۵ گرین) بہت مشہور ہے ۔ اس کو سفوف کی شکل میں دے سکتے ہیں ۔ فیرس سلفیٹ کو بحالت محلول تجویز کرنے میں یہ دقت ہے کہ یہ متاکسد ہو جاتا ہے ۔ لیکن اس کا سدباب ' اس کو ۱۰ فی صدی گلوکوس محلول میں حل کر کے کیا جا سکتا ہے ' یا اس کے بجائے ایسڈ سلفیورک ڈائلیوٹ ۵ منم ' ۵ گرین فیرس سلفیٹ کے لئے استعمال کیا جا سکتا ہے ۔

بہت سی اصابتوں میں حتی الامکان جلد از جلد یہ دریافت کرنے کی ضرورت ہوگی کہ آیا علاج موثر ثابت ہو رہا ہے یا نہیں ۔ اس کے لئے جیسا کہ متلف عدم دمویت کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے ' ایک شبکی خلوی حرجہ کی تلاش کرنی چاہئے ۔ اکثر حدیدی تجہیزات میں تانبا موجود ہوتا ہے ' لیکن اگر ضرورت ہو تو اس کو کاپر سلفیٹ کے ½ فی صدی محلول کے روزانہ ۳ - ۵ سی سی کی صورت میں تجویز کیا جا سکتا ہے ۔ اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ ناقص درقیت موجود نہ ہو اور یہ کہ غذا میں حیاتین ج کی کافی مقدار موجود ہے ' جو کہ نارنگی اور لیموں کے طور پر دینی بہتر ملتی ہے ۔ اسکروی میں عدم دمویت نزف ہونے سے پہلے دیکھی گئی ہے ۔ یہ امر تسلیم شدہ ہے کہ اشراب کے ذریعہ دی ہوئی لوہے کی تمام قسمیں بیکار ہیں ' اور سنکھیا دینی غیر ضروری ہے ۔ لیکن جگر یا خلاصہ جگر بعض اوقات مفید ہوتا ہے ' گو کہ اسے لوہے کا بدل تصور نہیں کرنا چاہئے ۔ اگر ایک ملین کی ضرورت ہو تو پل آلیوزیٹ فیری (pil. aloes et ferri) (۴ تا ۸ گرین) جس کے ساتھ فیرس سلفیٹ شامل ہے ' دینا مفید ہے ۔ قدرتی طور پر پائے جانے والے حدیدی میاہ (chalybeate waters) میں فیرس کاربونیٹ (ferrous carbonate) موجود ہوتا ہے ' جسے زائد کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) محلول صورت میں رکھتی ہے ۔ اور بشرطیکہ ان کو براہ دہن چشمہ پر تازہ پیا جائے یہ مفید ہوتے ہیں ۔ شدید اصابتوں میں علاج کے دوران میں بستر پر آرام کرنا ضروری ہے اور نقل الدم مفید ہو سکتے ہیں ۔

متلف عدم دمویت

(pernicions auæmia)

(ایڈیسن کی عدم دمویت = Addison's anæmia)

(التہاب اللسانی عدم دمویت = glossitic anæmia)

ابتداءً اس مرض کی اصابتوں کو ایڈیسن (Addison) نے خود سرو عدم دمویت (idiopathic anæmia) کے نام سے بیان کیا، کیونکہ ان میں ممیز خصائص نمایاں تھے، اور وہ ان کا کوئی سبب نہ معلوم کر سکا۔ ازاں بعد بائرمر (Biermer) اور دوسرے مصنفین براعظم یورپ نے مماثل اصابتیں ترقی پذیر متلف عدم دمویت (progressive pernicious anæmia) کے نام سے بیان کیں۔

بحث اسباب۔ یہ مرض دو صنفوں کو مساویاً ماؤف کرتا ہے، اور ۹۰ فیصدی اصابتیں چالیس سال سے اوپر کی عمر میں ہوتی ہیں۔ اور معدی تغیرات کے لئے جو کہ اس مرض کا سبب ہوتے ہیں ایک موروثی رجحان پایا جاتا ہے۔

مرضی تشریح۔ اعضاء کے عام شحوب کے علاوہ بعد الممات حالتوں میں سے ایک نہایت مستمر حالت قلب کا شحمی انحطاط ہے، جو خود کو عضلۂ قلب کی متبادل سیاہ اور شاحب دھاریوں کی صورت میں ظاہر کرتا ہے، اور یہ دھاریاں درونِ قلبیہ میں سے نظر آتی ہیں (دھاری دار بلی جیسی دھاریاں = tabby-cat striation)۔ یہ ناقص آکسیجنی رسد کے باعث ہوتی ہیں، جس کا سبب خون کے ہیموگلوبن کے مقدار کی کمی ہے۔ یہ بائیں بطین اور حلیمی عضلات میں واقع ہوتی ہیں۔ جگر اور گردوں کا شحمی انحطاط بھی موجود ہوتا ہے، اور شرائین کے اندرونی طبقہ کا بھی۔ نزفات نہ صرف شبکیہ میں پائے جاتے ہیں، جہاں وہ زندگی میں بھی دیکھے گئے ہیں، بلکہ وہ مصلی اغشیہ، درونِ قلبیہ، معدے کی غشائے مخاطی، پھیپھڑوں، سطح دماغ، اور دوسرے حصوں میں بھی ملتے ہیں۔ فین وِک (Fenwick) نے ابتداً میں معدہ میں ایسے تغیرات پائے جو کہ التہاب معدہ (ملاحظہ ہو) کے مماثل تھے۔ بعض اوقات ملحال

بڑھی ہوئی، اور سیاہ سرخ یا ارغوانی رنگ کی ہوتی ہے۔ لب عظام مقدار میں حد سے زائد اور سرخی مائل ارغوانی رنگ کا پایا گیا ہے، اور اس میں نوات دار سرخ جسیمات، بالخصوص کبیر نا پختہ خلیات بڑی تعداد میں ہوتے ہیں، مزید برآں جگر کے خلیوں میں طحال میں اور گردوں میں لوہے کا وافر جماؤ ہوتا ہے، جو پوٹاسیئم فیرو سائنائڈ اور مرقق ہائڈرو کلورک ایسڈ سے عضو کے نیلے ہو جانے سے ظاہر ہو سکتا ہے۔ نخاعی علامات والی اصابتوں میں موت کے بعد جانبی استوانوں اور پچھلے استوانوں کا انحطاط پایا گیا ہے۔

امراضیات۔ اس مرض کی امراضیات کی کسی بحث میں حسب ذیل خصائص مرض کا بیان کرنا ضروری ہے:۔۔۔ (۱) بول کے اندر یورو بائلین کی زیادتی، جگر کے اندر لوہے کے جماؤ، اور خون کے اندر صبغۂ صفراء کی موجودگی جس سے وآن ڈن برگ کا بالواسطہ امتحان حاصل ہوتا ہے۔ جانوروں میں سموم مثلاً سیپونین (saponin)، پائری ڈین (pyridine)، وغیرہ کے اشراب سے بھی ایسے ہی مظاہر حاصل ہوتے ہیں۔ (۲) سرخ لب عظام کی بیش پرورش اور ساتھ ہی دورانی خون کے اندر سرخ خلیوں کی جسامت اور شکل کی بے قاعدگی اور کبیر خلیات کی اور بعض اوقات کبیر نا پختہ خلیات کی موجودگی۔ یہ مرض ایک کلاں خلوی عدم دمویت ہے۔ سرخ خلیوں کا حیاتی کیمیائی بنیہ بھی متبدل ہو جاتا ہے۔ جسیمات میں ہائڈروجن رواں (H ion) کا ارتکاز زیادہ ہوتا ہے، جس کی وجہ غالباً یہ ہوتی ہے کہ فاسفورک ایسڈ ایسٹرس (phosphoric acid esters) میں زیادتی ہو جاتی ہے، چنانچہ خلیات اور پلازما کے درمیان قوہ کا فرق (potential difference) بجائے آدھا یا نو ہونے کے ۲۰ ملی وولٹس (millevolts) ہوتا ہے (12)۔ (۳) معدی رس میں آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ (free HCl) کی غیر موجودگی، جو خاص کر التہاب معدہ کی وجہ سے ہوتی ہے، کیونکہ معدی کلورائڈ اور پیپسن بھی کم ہوتے ہیں، گو بالکل غیر موجود ہرگز نہیں ہوتے (13)۔ غالباً تھوڑا سا "فاعلی" ہائڈرو کلورک ایسڈ ("active" HCl) ہمیشہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۷۸، صفحہ 331)۔ غذائی خطے میں دوسری جگہ التہاب کی موجودگی بھی ممیز التہاب اللسان سے ظاہر ہوتی ہے۔

اور بعض اصابتوں میں اسہال، معوی التہاب کے باعث ہو سکتا ہے۔ (۴) جب خلاصہ جگر براہ دہن دیا جائے تو اس کا شفا بخش اثر۔

زمانہ حال تک یہ تصور کیا جاتا تھا کہ یہ مرض ایک اولی خون پاشیدگی کی وجہ سے ہے۔ لیکن یہ امر مشکوک ہے کہ آیا خون پاشیدگی حقیقتاً نمایاں ہوتی ہے۔ اگر ساری کی ساری بائلی روبین، ٹوٹے ہوئے جسیموں سے ماخوذ ہے تو اس کے یہ معنی ہوں گے کہ خون کے جسیموں کی باز پیدائش ایک ناممکن سُرعت کے ساتھ واقع ہوتی ہے۔ نیز بائلی روبین کا اخراج نہایت ہی اختلاف پذیر ہوتا ہے، حالانکہ تصویر خون مستمر رہتی ہے۔ یہ تصویر خون بے ترشہ عدم دمویت سے جو کہ ایک اولی خون پاشیدہ مرض ہے بالکل مختلف ہے۔ سرخ خلیات، متلف عدم دمویت میں اتنی ہی مدت زندہ رہتے ہیں کہ جتنے صحت کی حالت میں حقیقت میں مرض اولی طور پر دموی خلیات کی ناقص تکوین کا نتیجہ ہے، جو کہ صفحہ 429 پر بیان کی گئی ہے۔ دموی جوہر کے بغیر لب عظام کامل سرخ خلیات کو نہ تو پیدا کر سکتا ہے اور نہ دوران خون میں ان کو خارج کر سکتا ہے۔ لہٰذا وہ لب عظام میں ٹھُس کر بھرے رہتے ہیں، اور اس کو سرخ رنگ بخشتے ہیں۔ اگر جگر دیا جائے تو ناپختہ خلیات یعنی شبکی خلیات کا ایک لشکر دوران خون میں خارج ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۴۲۶ ب) اور ۴ تا ۱۰ دن میں نقطہ عظم کو پہنچتا ہے، اور یہ شبکی خلوی استجابت، عدم دمویت کے درجہ سے معکوس نسبت رکھتی ہے۔ عدم دمویت بتدریج اچھی ہو جاتی ہے اور تصویر خون طبعی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے لب عظام حد سے زیادہ فعال ہو جائے چنانچہ دموی شمار تقریباً ۶۰ لاکھ پر پہنچ جاتا ہے۔ خلیات کی حیاتی کیمیائی نوعیت، طبعی کے قریب ہو جاتی ہے۔ ایوسین پسندی موجود ہو۔ صحتیابی میں جو تغیرات ہوتے ہیں ان کو شکل ۲۴ د دکھایا گیا ہے۔ مرض کی انتہا میں صبغہ صفراء اور حدیدی جماؤوں کی زیادتی کی تو واقعہ سے ہوتی ہے کہ ان کو ہیموگلوبن کی تکوین میں کام میں نہیں لایا جا سکتا مجتمع ہو جاتے ہیں۔ گاہے صریح یرقان اور اس کے ساتھ مثبت وان ڈن برگ موجود ہوتا ہے۔

متلف عدم دمویت کے ساتھ حبل النخاعی کے تحت الحاد ممزوج انحطاط

433

صفحہ ۳۶

ا

آ

ب

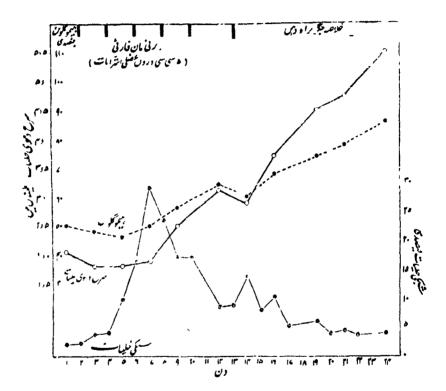
الف۔ اثمر دمویت میں چہرہ کی رنگین تصویر۔ نہایت نمایاں اصابتوں میں زراق اور بھی زیادہ ہوتا ہے۔

ب۔ مسلف دم دموت میں ایک رنگی موئی خم کبدی علاج کے ابتدائی مراحل میں جس میں شبکی خلویت دکھائی گئی ہے۔

ج۔ رساصی سمم میں نقطہ دار اساس پسندی۔ (یہ تجہیزات ڈاکٹر ایف۔ اے۔ ناٹ نے بنائی ہیں)۔

(مقابل صفحہ 433)

باہم قریبی تعلق رکھنے والے عوامل کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ حبل النخاعی اور خون دونوں کو ماؤف کرتے ہیں۔ لیکن ان میں سے ہر ایک تاثیر الگ بھی پیدا ہو سکتی ہے، یا ایک تاثیر دوسری کے بعد پیدا ہو سکتی ہے (19)۔

علامات۔ متلف عدم دمویت کا مریض بتدریج کمزور ہو کر شاحب رنگ کا

شکل ۵۴۔ متلف عدم دمویت کی ایک تمثیلی اصابت، جو پہلے خلاصۂ جگر کے پانچ دروں عضلی اشرابات اور پھر اس کو براہ دہن دینے پر اعظم شبکی خلویت اور خون کی باز پیدائش ظاہر کرتی ہے۔ لونی قوت نما میں تغیر یعنی سرخ خلیات کی تعداد کی زیادتی کے مقابلہ میں، ہیموگلوبن کی زیادتی تھوڑی ہونا، خوب واضح ہے۔

ہو جاتا ہے۔ اس کی جلد کی رنگت زرد جھلک کی ہو جاتی ہے، جو معمولی عدم دمویت کی

سپید مومی جلد سے مختلف ہوتی ہے۔ بعض اوقات بھوری لونیت کی چھوٹی یا بڑی چکتیاں
ہوتی ہیں۔ اس کے ساتھ ہی یہ بھی ہے کہ انتہائی عدم دمویت کی حالت میں بھی مریض دبلا
نہیں ہوتا اور ممکن ہے کہ اس کی تحت الجلد چربی کثیر المقدار ہو۔ نڈھال پن، دماغی اور جسمانی
محنت سے تنفر، دورانِ سر، کانوں میں آوازیں وغیرہ اسی طرح ہوتی ہیں جیسی کہ دوسرے
اقسام کی عدم دمویت کے بیان میں درج کی گئی ہیں؛ اور علاوہ ازیں محنت کرنے پر
اختلاجِ قلب اور دردِ قلب ہوتا ہے۔ مریض زبان کے زخمی ہونے کی شکایت کرتا ہے
اور ممکن ہے کہ زبان میں آبلے اور سرخ چکتیاں ہوں۔ کہنہ حالتوں میں ممکن ہے کہ
434 زبان میں حلیماتِ خیطیہ کا ذبول بلکہ انشقاقات بھی ہوں۔ عدم اشتہا اور سوءِ ہضم
علامیہ (جو ملاحظہ ہو) کثیر الوقوع ہیں۔ معدی رس میں آزاد ہائڈرو کلورک ایسڈ
بالکل غیر موجود ہوتا ہے۔ گاہے گاہے وہ علاج کے بعد دوبارہ پیدا ہو جاتا ہے۔
پیشاب کا رنگ یورو بائلین کی زیادتی کی وجہ سے بہت گہرا ہوتا ہے، لیکن اس میں البومن
نہیں ہوتا۔ طحال کی کلانی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ شبکیہ میں کثیر التعداد چھوٹے چھوٹے
نزفات نظر آئیں، جو قرصِ بصری کے گرد بہ کثرت ہوتے ہیں۔ یہ مخطط یا شعلہ نما ہوتے
ہیں، اور ممکن ہے کہ ان کے ساتھ سپید دھبے بھی موجود ہوں۔ دوسرا ممیز خاصہ تپ ہے
جس سے ۱۰۱ یا ۱۰۲ درجہ کی تپش حاصل ہو سکتی ہے، لیکن عموماً یہ تپ بے قاعدہ ہوتی ہے۔
ممکن ہے کہ تپ کئی دنوں تک موجود رہی ہو، اور موت سے پہلے اکثر تپش تحت الطبعی
ہوتی ہے۔ بعض اوقات جگر بڑھا ہوا اور الیم ہوتا ہے۔ خون نہایت شاحب ہوتا ہے
اور سرخ جسیمات کم ہو کر فی مکعب ملی میٹر ...... ۲۵ بلکہ ...... ۵ یا اس سے بھی کم
ہو جاتے ہیں۔ لیکن ہیموگلوبن کی کمی نسبتاً کم ہوتی ہے۔ چنانچہ لونی قوت نما ہمیشہ
زائد ہوتا ہے، اور اس کی وجہ یہ ہے کہ انفرادی جسیمات معمول کی نسبت بڑے ہوتے
ہیں۔ تاہم اتنی کم قدریں کہ بعض اوقات ، ، تک بھی پائی گئی ہیں۔ بوقلموں خلیے
دوسری حالت کی نسبت اس میں زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ عموماً چند لوار
خلیے، بالخصوص کبیر نا ہضات موجود ہوتے ہیں، لیکن کثیر الاشکال نواتی سپید خلیے
عام طور پر معمول کی نسبت کم تعداد میں ہوتے ہیں۔ پر آئس جونس کا دموی تودہ
ممیز ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ قابلیتِ ترویب میں کمی ہو، لیکن جسیمات کے ...

کوئی زیادتی نہیں ہوتی یا کم زیادتی ہوتی ہے۔

متلف عدم دمویت کے مریضوں میں اکثر ٹانگوں کا سُن پن اور کمزوری، عدم اتساق، متغیر رکبی جھٹکے، اور حاد ممزوج انحطاطِ نخاع کے دوسرے علامات پیدا ہو جاتے ہیں، بلکہ ممکن ہے کہ عدم دمویت سے بہت پہلے نخاعی علامات ظاہر ہو جائیں۔ بعض اوقات ذہنی اختلالات دیکھے گئے۔

تشخیص۔ متلف عدم دمویت کی ہر مفروضہ اصابت میں یہ اہم ہے کہ نہایت احتیاط کے ساتھ عضوی مرض، مثلاً سرطان معدہ کی جستجو کی جائے جو بعض اوقات اُس کے ساتھ موجود ہوتا ہے، اور عفونت کے مرکزوں کی جستجو بھی کی جائے، اور بعض حالات میں براز کے معقول امتحان کے ذریعہ معائی کرموں (جو۔ بی رایسیہ .(bothriocephalus) یا اسپرو (sprue) کی موجودگی کو خارج از بحث کر دیا جائے۔ متلف عدم دمویت کے ممیز خصائص یہ ہیں:— مصل کے اندر صبغۂ صفرا کی موجودگی جس سے متلف عدم دمویت کا زرد رنگ پیدا ہو جاتا ہے، تصویر خون مع اُس کے بلند لونی قوت نما کے، اور خلوی توزیع کا تمثیلی منحنی، اور بے ترشگی یہ سب اُسے خضریت اور دوسری عدم دمویتوں سے تمیز کرنے میں مدد دیتے ہیں۔ کبر خلویت جو کہ مرض کی ممیز ہے، ہالۂ انعطاف کے طریقہ (refraction halo method) کے ذریعہ ظاہر کی جا سکتی ہے۔ تختی پر ایک پتلی سی دموی فلم اس طرح بنائی جاتی ہے کہ جسیمات باہم متراکب نہ ہوں۔ اس کو روشنی کے سامنے رکھنے پر ایک مستدیر ہالہ دکھائی دیتا ہے، جس کا مقابلہ ایک طبعی فلم سے حاصل کردہ ہالہ سے کیا جاتا ہے۔ ایک نسبتہً چھوٹا ہالہ کبر خلویت کی دلیل ہے۔

انذار۔ یہ اصابتیں، دموی جوہر کے ذریعہ علاج کرنے پر امید افزا جمعیت ظاہر کرتی ہیں، اور تحت الحاد ممزوج انحطاط کی ابتدائی علامتیں غائب ہو جاتی ہیں، اگرچہ اُس کے لئے جگر کی نسبتہً بڑی مقداریں ضروری ہوتی ہیں، اور جب عصبیے حقیقۃً تلف ہو گئے ہوں تو یہ علاج کوئی فائدہ نہیں کرتا۔ یہ علاج غیر متعین مدت تک جاری رکھنا چاہیئے۔

علاج۔ مائناٹ (Minot) اور مرفی (Murphy) کی جگر کے علاج کی ایجاد کا

مقابلہ اُس انقلاب عظیم کے ساتھ کیا جا سکتا ہے جو انسولین کے انکشاف نے ذیابیطس
کے علاج میں پیدا کر دیا ہے۔ اِس علاج کا فعلیاتی نقطہ نگاہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔
پاؤ بھر ہلکا پکایا ہوا جگر روزانہ براہ دہن دیا جاتا ہے۔ اُس کا مزہ چھپانے کے لئے
اُس کے ساتھ اَنکوی پیسٹ (anchovy paste) یا لحمی خلاصہ جات (meat
extracts) ۔ مثلاً باورل (Bovril)، یا نارنگی کا رس ملا کر دے سکتے ہیں۔ یا اسکو
کاٹ کر لوندے بنائے جا سکتے ہیں، اور ان کو رائس پیپر (rice-paper) میں
لپیٹ کر سالم نگلا جا سکتا ہے۔ کچے معدۂ خنزیر کے چھ اونس اس کے معادل ہیں۔
خلاصۂ جگر سفوف یا مائع کی شکل میں بھی لیا جا سکتا ہے، لیکن تحت الحاد ممزوج اخلاط
کو شفا دینے کے لئے یہ اتنا مفید نہیں ہے۔ خلاصۂ جگر ماہی نہایت ہی قوی ہے۔
مجفف معدۂ خنزیر بھی لیا جا سکتا ہے۔ لیکن یہ تجہیزات بعض اوقات غیر فعال
ثابت ہوئی ہیں۔ متلف عدم دمویت کی بعض اصابتیں علاج سے اثر پذیر
نہیں ہوتیں کیونکہ معاء سے دموی جوہر جذب نہیں ہوتا۔ ایسی حالت میں اشرابات
کرنے ضروری ہیں، اور دروں عضلی (یا زیر جلدی) اور دروں وریدی اشرابات
435 کے لئے خلاصہ جات جگر مل سکتے ہیں۔ اگر پھر بھی مجیبیت نہ ہو، تو تجہیز غالباً غیر فعال
ہے۔ یہ تجہیزات ایسی مقداروں میں تجویز کی جاتی ہیں کہ وہ اس جگر کے اصلی وزن
کے معادل ہوں کہ جس سے وہ لی گئی ہیں۔ اب ایسے خلاصہ جات جگر مل سکتے ہیں
کہ مریض کو صحت کی حالت میں رکھنے کے لئے ہر چار یا آٹھ ہفتوں کے بعد ایک
مرتبہ ان کا اشراب کرنے کی ضرورت ہے۔ ابتدائی درجوں میں ایک پونڈ جگر کا
خلاصہ دینے کی ضرورت پیش آتی ہے، تاہم مابعد درجوں میں اُس مقدار کو
گھٹا کر $\frac{1}{2}$ پونڈ یا اس سے بھی کم کیا جا سکتا ہے۔ وقتاً فوقتاً دموی شمار یا وان
ڈن برگ کا امتحان کرنا مناسب ہے۔ اس علاج سے چند ہی روز کے اندر
مریضوں کی حالت بہتر ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ بالآخر اُن کا رنگ غیر معمولی طور
پر گلفام ہو کر اُن کے پہلے پھیکے زرد رنگ سے بالکل برعکس ہو جائے۔ عفونت کے
سرچشموں کا تدارک بھی ضروری ہے، خواہ یہ عفونت دانتوں، لوزتین، یا انفی تجاویف
کے باعث ہو۔ ممکن ہے نہایت خطرناک اصابتوں میں ابتداءِ علاج میں نقل الدم

عمل میں لا نا قرین مصلحت ہو' خاص کر اگر تپش بلند ہو۔ "بیرونی عامل" گیہوں کے بیج اور لبن بوزہ گراں کے الکحلی خلاصہ اور مار مایٹ (marmite) (5) میں موجود ہوتا ہے' اور اگر معدہ میں "درونی عامل" کی کافی مقدار موجود ہو' تو ان اشیا کے دینے سے بہت فائدہ ہوگا' یا ممکن ہے کہ ابتدائی علاج کے بعد "درونی عامل" کی اتنی مقدار پیدا ہو جائے کہ مار مایٹ کو تنہا دیا جا سکے (6)۔

دوسری کبیر خلوی عدم دمویتیں۔ یہ متلف عدم دمویت سے مشابہ ہوتی ہیں اور بعض کو بعینہٖ متلف عدم دمویت تصور کیا جا سکتا ہے۔ بائلی روبین دمویت اکثر اتنی نمایاں نہیں ہوتی' اور بعض اوقات بائلی روبین دمویت اور ایک خرد خلوی عدم دمویت موجود ہوتی ہے۔

ان کے اسباب یہ ہیں: ۔ قرحہ یا سرطان کی وجہ سے معدہ کا جزوی استیصال' ناقص معوی انجذاب' معدی قولونی ناسور' معاء صغیر کا جزوی استیصال' معائی ضیق اور تدرنی تقرح' شحمی اسہال بشمول شکمی مرض کے' اسپرو (sprue) اور دو برگی جو بیہ عریضہ (diphyllobothrium latum) (18)۔ ان میں سے بہت سی امابتوں میں بے ترشگی موجود ہوتی ہے' جو اس وقت جب کہ مریض کی حالت میں اصلاح ہو جاتی ہے' رفع ہو جاتی ہے۔

غیر تکوینی عدم دمویت (aplastic anæmia)۔ یہ مرض سالورسان' اور بنزال کے دوسرے مرکبات کے تسمم (20) سے' اور لا شعاعوں میں حد سے زائد تکشف سے پیدا ہو سکتا ہے۔ لب عظام کی سرایت ثانوی ہو سکتی ہے (21)۔ سرخ جسیمات اور ہیموگلوبن معمول کے تقریباً ۲۰ فی صدی تک گھٹ جاتے ہیں اور لونی قوت نما تقریباً اکائی ہوتا ہے۔ نوات دار سرخ جسیمات اکثر نہیں ہوتے۔ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی تقلیل کے باعث قلت جسیمات سپید ہو جاتی ہے۔ لب عظام متلف عدم دمویت کے لب عظام سے عجیب طور پر اختلاف رکھتا ہے' اور پھیکے رنگ کا اور شحمی ہوتا ہے' اور خون کی باز پیدائش کے تمام آمارات سے معرا ہوتا ہے۔ چنانچہ لب عظام کی عدم تکوین ہوتی ہے' جو مرض کا اولی سبب شمار کی جاتی ہے۔ بعض امابتوں (نزفی نا سفید دمویت

= (aleukia hæmorrhagica) میں دموی لوحیوں کی بہت کمی یا کامل غیر موجودگی بھی ہوتی ہے، اور اسی کے ساتھ ایک شدید نزفی رجحان ہوتا ہے اور عرصۂ ادماء میں تاخیر ہوتی ہے لیکن عرصۂ ترویب میں نہیں ہوتی۔ یہ حالت شدید قسم کے پر پیورا سے مماثل ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 445)۔ جگر کے علاج سے کامیابی نہیں ہوتی، کیونکہ فسادِ تکوین الدم کے سب سے ابتدائی درجے میں واقع ہوتا ہے (شکل ۵۳)۔ مکرر (۳۰۰ دفعہ تک) نقل الدم کرنے سے ایک مریض کو سات سال تک زندہ رکھا گیا ہے جو اب بھی زندہ ہے (34)۔

غیر ذراتی خلویت (قلت جیمات تعدیل پسند)۔ یہ ایک متجانس حالت ہے جس کی زیادہ تر خصوصیت سفید گوں (ذراتی) خلیات کی تقلیل ہے جس کے ساتھ حلق کی شدید سرایت زدگی ہوتی ہے [جو کہ غیر ذراتی خلوی ذبحہ (agranulocytic angina) ہے] مثلاً ونسنٹ (vincent) کا ذبحہ یا دیگر سرایت۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ دموی حالت اولی ہے، اور یہ کہ سرایت زدگی اس لئے ہوتی ہے کہ قلت جیماتِ تعدیل پسند کا نتیجہ قوت مدافعت میں تخفیف ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ عدم تکوینی عدم دمویت ممکن ہے ہو یا نہ ہو۔ لمفی خلیات ممکن ہے طبعی رہیں یا ممکن ہے کچھ تخفیف ظاہر کریں۔ لیکن ممکن ہے پہلے پہل یک نواتی خلویت موجود ہو (10)۔ نکسات کئی سال تک ہوتے رہتے ہیں، اور بسا اوقات ان کے ساتھ سرایت زدگی بھی ہوتی ہے۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ اس مرض کی زیادتی، ایمیڈوپائرینا (amidopyrina) (pyramidon) کے یا باربٹیوریٹ (barbiturate) کے ساتھ اس دوا کے امتزاج (11) کے عام رواج کے ساتھ ہمزمان پائی گئی ہے۔ لب عظام میں ناقص تکون ظاہر ہوتا ہے جس کے ساتھ ذراتی خلوی خلیات کی عدم موجودگی پائی جاتی ہے۔ غیر ذراتی خلوی ذبحہ میں شرح اموات ۵۰ فی صدی سے اوپر ہوتی ہے، لیکن جب اس کا علاج پینٹوس نیوکلیوٹائیڈک ۹۶ (pentose nucleo-tide, K96) کے ذریعہ کرکے کثیر الاشکال تکوین کو ہیجان میں لایا جاتا ہے تو یہ شرح گھٹ کر ۲۵ فی صدی (8) ہو گئی ہے، اگرچہ بعض اصابتیں بالکل کوئی بہبیت ظاہر نہیں کرتیں (9)۔

بچپن کی غیرتکوین الدموی عدم دمویتیں۔ یہ فی الجملہ بالغ عدم دمویتوں کے ساتھ مشابہ ہوتی ہیں۔

کبیر خلوی عدم دمویتیں شاذ ہیں، لیکن وہ دو برگی جو ہیہ عریضہ کی سرایت میں اور شکمی مرض میں بیرونی عامل کی عدم موجودگی کے باعث پائی گئی ہیں، چنانچہ مارمائٹ دینے سے شفایابی ہو گئی ہے، کیونکہ بیرونی عامل اس میں موجود ہے۔

خرد خلوی عدم دمویتوں میں سے سب سے پہلے اس عدم دمویت کی طرف توجہ مبذول کی جاتی ہے جو کہ اسکروی اور قماءت (cretinism) سے پیدا ہوتی ہے، اور علی الترتیب حیاتین ج اور درقیہ دینے سے شفایاب ہو جاتی ہے۔ شکمی مرض بالعموم اسی قسم کی عدم دمویت پیدا کرتا ہے۔ عام ترین عدم دمویتیں وہ ہیں جو کہ تغذیتی ہیں، اور ان میں ایک اہم عامل یہ ہے کہ اگرچہ ولادت پر جگر اور طحال میں کثرت سے لوہا موجود ہوتا ہے، تاہم رضاعت کے دوران میں یہ ذخیرہ بتدریج کم ہو جاتا ہے، کیونکہ دودھ میں بہت کم لوہا ہوتا ہے، اگرچہ پستانی دودھ میں گائے کے دودھ کی بہ نسبت یہ زیادہ ہوتا ہے۔ زمانہ شیرخواری کی عدم دمویت کی وجوہات مندرجہ ذیل بھی ہو سکتی ہیں:۔ ماں کی عدم دمویت کے باعث لوہے کا قبل الولادتی ذخیرہ قلیل ہو، یا ولادت قبل از میعاد ہو جائے قبل اس کے کہ یہ ذخیرہ مکمل ہو، یا توام حمل میں لوہے کی احتیاج تقریباً دوگنی ہو۔ یا لوہے کی بعد الولادتی رسد قلیل ہو یعنی دودھ میں لوہے کی قلت ہو، یا طویل مدت تک دودھ پلایا جائے۔ علاج اس کا وہی ہے جو کہ سادہ بے ترشہ عدم دمویتوں کے لئے ہوتا ہے یعنی فیرس سلفیٹ (۲ گرین) گلوکوس اور شاید ذرا سے تانبے کے ہمراہ پانی میں گھول کر دن میں تین مرتبہ دینا۔ تانبے کا فعل یہ ہے کہ یہ اس لوہے سے جو کہ جگر میں مذخور ہوتا ہے، ہیموگلوبن تیار کرنے میں مدد دیتا ہے (15)۔

اس کتاب کی سابقہ ایڈیشنوں میں وان جیکس (Van Jaksch) کی رضیعی کاذب بیض دموی عدم دمویت (زمانہ شیرخواری کی طحالی عدم دمویت) ایک مستقل مرض کے طور پر بیان کی گئی ہے۔ خون میں سفید خلیات کی زیادتی ۔ ۔ ۔ ۔ ۲ تک پائی جاتی ہے، جن میں چند لبی خلیات پائے جاتے ہیں۔ جگر اور

طحال بڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ حالت غالباً شیر خوار بچہ کے لب عظام کی وہ مجیبیت ہے جوکہ وہ عدم دمویت پیدا کرنے والے مختلف عوامل کی طرف ظاہر کرتا ہے، خاص طور پر سرایت کی طرف، اور ایک مریض میں تمثیلی بے صفرا بولی یرقان پیدا ہوگیا (16)۔

اتلاف الدموی عدم دمویتیں

(HÆMOLYTIC ANÆMIAS)

اتلاف الدموی عدم دمویتوں کا ایک گروہ خاندانی ہے اور اس میں بے صفرا بولی خاندانی یرقان، داسی خلوی عدم دمویت، جوکہ یرقان، غددی کلانیوں اور ٹانگوں پر قرحات کے ہمراہ حبشیوں میں پائی جاتی ہے، شیرخوار بچوں کی نہایت ہی شاذ احمر ناهضی عدم دمویت، اور نوزائیدوں کا خطرناک یرقان شامل ہیں۔ پھر مختلف سرایتیں، جن میں گیس گنگرین سب سے خراب عدم دمویت پیدا کرتی ہے، مزمن تقیح، اطالت پذیر حمیات، سببی تنفسی مرض بشمول نفاسی تپ کے، حادرئیت، ساری التہاب درون قلبہ جوکہ اور طحی بازروی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، تدرن، آتشک بشمول دوری ہیموگلوبن بولیت کے، ملیریا ہے۔ اور پھر زہر مثلاً مشتقات اینی لائن، رصاصی تسمم، اور مکرر نقل الدم، اور سب سے آخر میں حمل ہے۔

علامات۔ اگر اتلاف خون سرعت سے ہو تو ہیموگلوبن دمویت اور یرقان پیدا ہوجاتے ہیں۔ لونی قوت نما، لب عظام کی مجیبیت کی نوعیت پر منحصر ہوتا ہے، جیسا کہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے، اور زوردار مجیبیت کی حالت میں شبکی خلویت اور نواۃ دار سرخ خلیات دیکھے جاتے ہیں۔ بسا اوقات جگر اور طحال کی اور کبھی کبھی لمفی غدد کی کلانی واقع ہوجاتی ہے۔

بے صفرا بولی یرقان
(acholuric jaundice)

مزمن کلاں طحالی اتلاف الدموی یرقان
(chronic splenomegalic hæmolytic jaundice)

یرقان کی اس مقابلتہً شاذ شکل میں قناتوں کا تسدد نہیں ہوتا' کیونکہ براز کا رنگ طبعی رہتا ہے اور قارورہ' قطع نظر شدید حملوں کے' صبغۂ صفرا سے معرا ہوتا ہے۔ لیکن اس میں یوروبائلین موجود ہوتی ہے۔ اس کے برعکس دموی مصل میں صبغۂ صفرا موجود ہوتا ہے' مگر وہ یوروبائلین یا یوروبائلینوجن سے معرّا ہوتا ہے۔ اس سے وآن ڈن برگ کا بالواسطہ امتحان حاصل ہوتا ہے۔ اولی سبب سرخ خلیوں کا ایک نقص ہے' جو زیادہ بھُر بھرا پن ظاہر کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 428)۔ طحال ان خلیات کو تعداد کثیر میں تلف کرتی ہے' اور خون میں کا صبغۂ صفرا ان خلیوں کے ہیموگلوبن سے آتا ہے۔ اگر خون کی تعویضی باز پیدایش ناکافی ہو تو مریض عدیم الدم ہوجاتا ہے۔ نسیجیاتی لحاظ سے طحالی لُب میں کثیر التعداد طبعی منظر رکھنے والے سرخ خلیے موجود ہوتے ہیں' اور فاعلی دَم پاشی درجہ میں آزاد صبغۂ آہن موجود ہوتا ہے۔ اجواف نسبتہً خالی ہوتے ہیں۔ یہ مرض پیدایشی اور اکتسابی دو شکلوں میں ہوتا ہے۔

بے صفرا بولی خاندانی یرقان (acholuric familial jaundice)۔ یہ یرقان جو خاندان کے متعدد ارکان میں ہوتا ہے' اکثر پیدایش کے بعد فوراً دیکھا جاتا ہے' یا بعد میں بتدریج نمویاب ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ سالہاسال تک جاری رہے' یا یہ صاف ہوکر وقتاً فوقتاً پھر ہوتا رہتا ہے۔ مریض عدیم الدم ہوتا ہے' سرخ خلیے گھٹ کر......۳۰ یا......۳۵ ہوجاتے ہیں' اور معتدل درجہ کی بوقلموں خلویت' خلوی لاتساوی' متعدد الوان پسندی' اور نقطہ دار اساس پسندی ظاہر کرتے ہیں۔ اور نوات دار سرخ خلیے بھی موجود ہوتے ہیں۔ شبکی خلویت د فی صدی سے زائد ہونا' ایک ممیز خاصہ ہے۔ سرخ خلیات چھوٹا قطر رکھتے ہیں' لیکن طبعی سے زیادہ دبیز ہوتے ہیں۔ ہیموگلوبن ۵۰ یا ۴۵ فی صدی تک گھٹ جاتی ہے

اور لونی قوت نما اکائی سے قدرے کم ہوتا ہے۔ سپید خلیے عموماً معمول کے نسبت کم تعداد میں ہوتے ہیں، لیکن بعض اوقات سپید خلیوں کی کثرت ہوتی ہے بعض اوقات لمفی خلیوں کی تعداد حد سے زائد ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ چند لبی خلیے بھی موجود ہوں۔ طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے اور معلوم ہوتا ہے کہ مرضی حالت کی ترقی کے ساتھ اس کی سختی بڑھتی جاتی ہے۔ جگر محض خفیف سا بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور اس کا اکھب ہونا نامعلوم ہے۔ وہ اکثر اشتداد مرض کے دوران میں بڑا ہو کر بعد میں چھوٹا ہو جاتا ہے۔ دوران طفلی میں مریض عموماً اس طرح ٹھٹھرے ہوئے نہیں ہوتے جیسے کہ کلاں طحالی کھبت میں ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 397)، اور نہ ان کی انگلیاں گرز شکل ہوتی ہیں۔ مزید برآں ممکن ہے کہ یہ عارضہ ان کے لئے چنداں تکلیف دہ نہو، اور وہ سالہا سال تک زندہ رہیں۔ نئی احمر ناہضی بافت، لب عظام کے باہر پیدا ہو سکتی ہے۔ سینہ میں یہ تودے لاشعاعوں کے ذریعہ دیکھنے پر دروں صدری لومایہ سے خلط ملط ہو سکتے ہیں۔ سنگہائے صفراء کا رجحان بھی پایا جاتا ہے۔

اکتسابی بے صفرابولی یرقان (aequired acholuric jaundicc)۔

مرض کی اس شکل میں علامات بالغ زندگی میں غیر محسوس طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ عدم دمویت اکثر نمایاں ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ سرخ جسیمات گھٹ کر ۲۰۰۰۰۰۰ یا ۱۵۰۰۰۰۰ یا اس سے بھی کم ہو جائیں۔ لونی قوت نما بعض اوقات متلف عدم دمویت کی طرح اکائی سے اوپر ہوتا ہے۔ یرقان اکثر بہت خفیف، اور طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ سرخ جسیمات کا بھربھراپن چند اصابتوں میں طبعی ہوتا ہے۔ مرض کی دونوں شکلوں میں، لیکن بالخصوص اکتسابی شکل میں، دم یا شدیدگی کے اشتدادات واقع ہوتے ہیں، اور منظر خون متلف عدم دمویت سے مشابہ ہوتا ہے۔

علاج۔ متلف عدم دمویت کی طرح جگر سے علاج کرنا چاہیے، بالخصوص اس وقت جب کہ سرخ خلیات ویسے ہی ممیز تغیرات ظاہر کریں۔ اکتسابی اور پیدائشی دونوں اصابتوں میں طحال کا استیصال کر دینے سے شفا ہو گئی ہے، اور اگر عدم دمویت شدید ہو تو اسی کو انجام دینا چاہیئے۔ یہ امر یاد رکھنے کے قابل ہے کہ اگر تندرست جانوروں میں طحال کا استیصال کر دیا جائے تو جسیمات کا طبعی بھربھراپن

کم ہو جاتا ہے۔ لیکن بے صفراوبولی یرقان میں یہ پھر ابھرا بن' عملیہ کے بعد کم نہیں ہوتا۔
لیڈرر (Lederer) کی اتلاف الدموی عدم دمویت' یہ عدم دمویت کی ایک شاذ قسم ہے' جو کہ بچوں میں زیادہ عام ہے' اور جس میں آتلاف الدموی عدم دمویت نہایت یکایک ظاہر ہو جاتی ہے۔ جگر اور طحال بڑے ہو جاتے ہیں۔ بالعموم ابیض خلویت ہوتی ہے جو کہ فی مکعب ملی میٹر ۴۰۰۰۰ تک پہنچ سکتی ہے۔ بسا اوقات معدی معائی علامات موجود ہوتے ہیں۔ نقل الدم کے ذریعہ علاج کرنے پر سرعت کے ساتھ شفایابی ہو جاتی ہے۔

طحالی عدم دمویت

(splenic anæmia)

یہ نام اُن متعدد اصابتوں کو دیا گیا ہے جن میں طحال کی بڑی کلانی کے ساتھ عدم دمویت ہوتی ہے۔ اِن کی مختلف امراضیات کا بیان صفحہ 454 پر درج کیا گیا ہے۔ لیکن بعض اصابتوں میں یہ مرض بلا شبہ آتشکی ہوتا ہے۔ اور بابی رقبہ میں بلند فشار خون پایا جانا ایک اہم امر ہے۔

علامات۔ پہلا واقعہ یا تو ایک عمومی عدم دمویت' یا قئے الدم کا ایک حملہ ہے' یا بائیں جانب میں درد کی کوئی شکایت ہوتی ہے' جو غالباً گرد طحالی التہاب کے حملوں کے سبب سے ہوتی ہے۔ پہلے پہل مشاہدہ کرنے پر طحال اکثر بڑی جسامت کو پہنچ چکی ہوتی ہے' اور دورانِ مرض میں وہ اتنی کافی بڑی ہو سکتی ہے کہ سامنے ناف تک اور نیچے حرقفی عرف تک پھیلی ہوئی ہے۔ عدم دمویت بہت زیادہ' اور انخضریت کے قسم کی ہوتی ہے' سرخ جسیمات ۲۰۰۰۰۰۰ سے لیکر ۳۰۰۰۰۰۰ تک جولانی رکھتے ہیں' اور ہیموگلوبن ۳۵ سے ۵۰ فی صدی تک۔ لونی قوت نما ایک سے کم ہوتا ہے' لیکن عموماً ۰.۶ سے کم نہیں ہوتا۔ سپید جسیمات طبعی کے نسبت عموماً کم تعداد میں ہوتے ہیں (قلت جسیمات سپید)' اور اکثر صرف ۴۰۰۰ یا ۵۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر۔ ممکن ہے کہ طبعی نا بیضات اور چند کبیر نا بیضات موجود ہوں۔

یہ مرض ایک طویل عمر طے کرتا ہے' اور اکثر تین یا چار سال تک' اور بعض

اوقات دس یا بارہ سال تک جاری رہتا ہے، اور عدم دمویت آہستہ آہستہ بڑھتی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ قئ الدم مکرر ہو اور دوسرے نزفات، جیسے کہ رُعاف یا شعیبتی نزف واقع ہوں۔ جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے اور ہاضمہ کی تکلیفیں ہوتی ہیں۔ لیکن لمفائی غدد کی کلانی نہیں ہوتی، اور بالعموم تپ بھی نہیں ہوتی۔ بعض اصابتوں میں جلد کی نمایاں لونیت پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ مرض دونوں صنفوں میں، اور بچپن سے لے کر آخری او ھیڑ عمر تک ہر سن میں ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک طویل عرصہ کے بعد جگر اور بھی زیادہ بڑا ہوجاتا ہے اور واضح طور پر اُکھب ہوتا ہے۔ پھر اسکے بعد استسقاء شکمی ہوجاتا ہے، اگرچہ یہ بعض اوقات کہبت کے بغیر بھی ہوجاتا ہے۔ جگر کی واضح کہبت اور استسقاء شکمی کا متزاد ہونا عموماً مرض بینٹی (Banti's disease) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔

دوسری اصابتوں میں طحالی عدم دمویت کے ساتھ طحالی وریدوں کی خلقیت پائی جاتی ہے۔ کہنہ اصابتوں میں مزمن گرد کبدی التہاب اور گرد طحالی التہاب ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ ممکن ہے کہ یہ مرض غیر بیض دمویتی بیض دمویت، متلف عدم دمویت اور ساری التہاب درون قلبہ کے ساتھ خلط ملط ہوجائے۔ اس کے ممیز خصائص یہ ہیں:۔ اخضریت کی قسم کی عدم دمویت، سپید جسیمات کی قلت، طحال کی بڑی جسامت، بیض دمویت کی عدم موجودگی اور لمفائی غدد کی کلانیوں کی عدم موجودگی، مرض کی طویل مدت، اور نزفات کا وقوع۔ خبیث التہاب درون قلبہ کے ساتھ خلط ملط ہوجانا ممکن ہے، کیونکہ اس آخری مرض میں طحال بہت بڑی اور عدم دمویت بہت نمایاں ہوسکتی ہے، اور ساتھ ہی پر پورا اور نزفات واقع ہوسکتے ہیں۔ اور طحالی عدم دمویت میں دموی خریرات کا موجود ہونا ممکن ہے۔

کہبت کی اُن اصابتوں میں جن میں عموماً طحال بڑی ہوتی ہے، مرض بینٹی کی تشخیص قائم کرنے کا احتمال بہت زیادہ ہے۔ مصری کلانی طحال (Egyptian splenomegaly) (جو ملاحظہ ہو) سے اس مرض کی مشابہت کو بھی یاد رکھنا چاہیئے۔

علاج۔ لوہا اور سنکھیا بےکار ہیں۔ اور اگر کچھ عرصہ مشاہدہ کے بعد تشخیص قایم ہو جائے تو طحال کا استیصال کر دینا جائز ہے۔ اگرچہ یہ نزف کے خطرے سے خالی نہیں، تاہم بعض اصابتوں میں پوری کامیابی حاصل ہوئی ہے۔ بیض دمویت کی طرح اس مرض میں بھی لا انجنی شعاعیں آزمائی جا سکتی ہیں۔ نقل الدم ایک مفید تخفیفی تدبیر ہے۔

بیض دمویت

(LEUKÆMIA)

(سفید خلیہ دمویت = leucocythæmia)

یہ نام مرض کی اُن اصابتوں کو دیئے گئے ہیں، جن میں خون کے سپید خلیوں کی مجموعی تعداد میں یا سپید خلیوں کی کسی خاص قسم میں (غیر بیض دمویتی بیض دمویت = aleukæmic leukæmia آگے ملاحظہ ہو) بڑی اور مسلسل زیادتی ہو اور اُس کے ساتھ ہی لب عظام، طحال یا لمفائی غدد میں تغیرات واقع ہوں۔

بحث اسباب۔ بیض دمویت کی کسی شکل کا سبب معلوم نہیں۔ ممکن ہے کہ یہ سپید خلیے پیدا کرنے والے اعضا کی وہ استجابت ہو جو کسی سرایت کے لئے ظاہر ہوئی ہو، یا ممکن ہے کہ وہ محض سپید خلیوں کا لحمی سلعہ ہو۔ لیکن کبھی کبھی عفونتی حالت کے بعد فوراً بیض دمویت واقع ہو جاتی ہے۔ لبّی خلوی (myelocytic) قسم عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ اور زیادہ تر ادھیڑ عمر میں، گو بعض اوقات بالکل چھوٹے بچوں میں بھی (لیکن شیر خواروں میں شاذ ہی) واقع ہوتی ہے۔ لمفی خلوی (lymphocytic) بیض دمویت نوعمر اشخاص میں زیادہ عام ہوتی ہے۔

امراضیات۔ سفید گوں خلیات یا لمف آسا خلیوں کی از حد زائد پیدائش ہو کر مرض کی دو ممیز شکلیں پیدا کر دیتی ہے اور دوران خون میں سپید خلیوں کی غیر پختہ شکلوں کا ایک لشکر جمع ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرض کی مختلف قسموں میں لب عظام

طحال اور لمفائی غدد، یہ سب سپید خلیوں کو فاعلی طور پر پیدا کرنے کا فعل اختیار کریں۔ جب یہ فعل جاری رہتا ہے تو طبعی ذخیروں پر اور بھی زیادہ دباؤ پڑتا ہے اور یہ خلیے خون کے اندر اور بھی زیادہ اولین شکل میں بھیج دیے جاتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں طبعی ذخیروں کی اس بڑھی ہوئی فعالیت کے ساتھ غیر معمولی مقامات پر سپید خلیوں کو پیدا کرنے والے تازہ رقبے بن جاتے ہیں، جو یا تو لُب آسا (myeloid) یا لمف آسا (lymphoid) نوعیت کے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ دردریزشیں جلد کے نیچے، یا جسم کے مختلف حصوں میں گرہیں پیدا کر دیں (گرہکی بیض دمویت nodular leukæmia= یا سلعہ اخضر جو اُن کی سبز رنگت کی وجہ سے اس نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ آگے ملاحظہ ہو)۔ لمفی لحمی سلعہ کے ساتھ قریبی تعلق ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 441)۔ 439

بیض دمویت میں اساسی تحوّل زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیمیائی امتحان، خون میں یورک ایسڈ کی نہایت زیادتی ظاہر کرتا ہے، جس کے متعلق یہ باور کیا جاتا ہے کہ یہ سفید خلیات کے اتلاف سے پیدا ہوتا ہے۔

لبّی خلوی بیض دمویت

(MYELOCYTIC LEUKÆMIA)

طحالی لبیٔ سفید گوں، لُب آسا، یا ذراتی بیض دمویت، لبی خلوی دمویت

(spleno-medullary, leucoid myeloid, or granular leukæmia ; myelocythæmia)

خون کی حالت۔ بیض دمویت کی خوب نمایاں مثالوں میں جب خون زخم سے نکلتا ہے تو شاحب اور پتلا ہوتا ہے، اور جیسا کہ موت کے بعد دیکھا جاتا ہے، وہ پھیکے رنگ کے پیپ جیسے تھکے بنا دیتا ہے۔ سپید جسیمات فی مکعب ملی میٹر بجائے ۸۰۰۰ یا ۹۰۰۰ کے ۲۰۰۰۰۰ سے ۹۰۰۰۰۰ تک ہوتے ہیں، اور سرخ جسیمات ۳۰۰۰۰۰۰ سے لے کر ۲۰۰۰۰۰۰ تک، یا بلکہ اتنے کم کہ ۱۰۰۰۰۰۰ ہو سکتے ہیں۔ نوات دار سرخ خلیے کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ لونی قوت نما اکائی سے کم ہوتا ہے، لیکن اگر آخری درجوں میں کبیر نا بعضی ردعمل ہو تو وہ بلند ہونے کا رجحان رکھتا ہے،

جس میں سریع خلیے متلف علام دمویت کے ممیز خصائص ظاہر کرتے ہیں، لیکن جہاں تک سپید خلیوں کا تعلق ہے منظرِ خون سفید گوں بیض دمویت کا ہوتا ہے، جس میں سفید شمار کسیقدر کم ہوتا ہے۔

مرض کے نسبتۃً ابتدائی درجے میں، بالخصوص جب کہ مرض مزمن ہو، کثیر الاشکال نواتی خلیے نہایت کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ اُن میں سے بیشتر معمول کی نسبت بہت بڑے، اور بعض صریحاً انحطاط یافتہ ہوتے ہیں۔ ایسے بعد لبی خلیے بھی موجود ہوتے ہیں جن کے نوات نعل نما ہوتے ہیں، اور چند تمثیلی ذراتی اور ایوسین پسند لبی خلیے بھی۔ ایوسین پسند اور مستولی خلیات زیادہ ہو جاتے ہیں، لیکن لمفی خلیے بہت زیادہ نہیں ہوتے نسبتۃً بعد کے درجے میں چند ہی طبعی سپید خلیے موجود ہوتے ہیں، لیکن پیش سپید خلیے، لبی خلیے، پیش لبی خلیے اور مستولی خلیات بہ کثرت ہوتے ہیں۔ اس کے اور بعد میں لبی ناہضات کا غلبہ ہوتا ہے۔ اگر مرض سریع ہے (لبی ناھضی بیض دمویت = myeloblastic leukæmia) تو نسبتۃً زیادہ اولیں خلیات، یعنے لبی ناہضات، ابتدا ہی سے بڑی تعداد میں دیکھے جاتے ہیں، اور دوسرے اقسام کے سپید خلیے غیر موجود ہوتے ہیں، اور دموی لوحیے بھی کم ہو جاتے ہیں۔

مرضیاتی تشریح۔ طحال کا وزن اکثر ۵ یا ۶ پاونڈ ہوتا ہے، لیکن ۱۸ پاونڈ کا وزن بھی مندرج ہوا ہے۔ وہ یکساں طور پر بڑی ہو جاتی ہے اور اپنی طبعی شکل برقرار رکھتی ہے۔ اُس کی سطح پر اکثر کیسہ کی دبازت کی جھلیاں موجود ہوتی ہیں، اور وہ دیوارِ شکم، ڈایافرام یا متصلہ احشاء سے کم و بیش چپکی ہوئی ہوتی ہے۔ تراشنے پر اُس کا رنگ سرخ ہونے کے بجائے کسیقدر بھورا سا ہوتا ہے، جو یکساں ہوتا ہے، یا سہکوں کی دبازت کی وجہ سے نسبتۃً پھیکے رنگ کے خطوط کے نشان موجود ہوتے ہیں۔ وہ چکنی، سخت اور خشک ہوتی ہے۔ اکثر اوقات بڑے بڑے فانہ نما مقعات ہوتے ہیں، جو یا تو زرد اور جبنی یا سُرخ اور نزفی ہوتے ہیں۔ خود طحال میں جو تغیر ہوتا ہے وہ یہ ہے کہ طحالی لُب بہت بڑھ جاتا ہے، جو اُنہیں خلیوں سے پُر ہوتا ہے جو خون میں پائے جاتے ہیں، اور مالپیجی اجسام کے خاکے غیر واضح ہوتے ہیں۔ کہنہ اصابتوں میں ہیکل زیادہ لیفی، اور سہکیں زیادہ دبیز ہو جاتی ہیں۔

جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اُس کی جسامت معمول کے نسبت دگنی یا تگنی ہو جائے۔ وہ پھیکے رنگ کا اور چکنا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ خردبین کے نیچے سپید خلیوں کی ایک کثیف دررِیزش (لبّی خُلوی دررِیزش) ظاہر کرے، جن کی بیشتر تعداد بابی عروق کی توزیع کے گرد واقع ہوتی ہے، لیکن ایک حد تک گرہکی تودوں کی صورت میں بھی ہوتی ہے۔ عروق بھی سپید خلیوں سے پُر ہوتے ہیں۔ گردے پھیکے رنگ کے اور رمادی مائل سپید مطروحات ظاہر کرتے ہیں، جو قشری اُنیبیبات کے درمیان دھاریوں کی طرح دوڑتے ہیں۔ ممکن ہے کہ التہاب الفم یا التہاب بلعوم، لوزتین کا ورم، اور زبان کی جڑ میں کے جرابات کا ورم، اور معاء کے جرابات کا ورم اور تقرح بھی ہو۔ تیموسی (thymus)، درقی (thyroid) اور فوق الکلیہ غدد بھی مرضی ہو سکتے ہیں، اور جلد کی رسولیاں بھی مندرج ہیں۔ بعض اوقات پھیپھڑے نزفی منفعات پیش کرتے ہیں۔ لبِّ عظام زرد اور ریم نما، یا گلابی اور سخت ہوتا اور لبّ کی چربی کے بجائے فاعلی لبِّ جیسی ایک بافت پیدا ہو جاتی ہے، جس میں لبّی خلیات اور نوات دار سرخ خلیے بکثرت ہوتے ہیں اور اُن کے ساتھ بعض اوقات ایوسین پسند خلیے ہوتے ہیں، اور لبّی ناھضات یا بڑے لمفی خلیے ہوتے ہیں۔ گاہے 440 گاہے دماغی نزف کے علاوہ، دماغ اور نخاع میں منتشر تصلبی تغیرات اور حاد التہاب کے منتشر رقبے پائے گئے ہیں۔

علامات۔ حاد لبّی ناھضی بیض دمویت (acute myeloblastic leukæmia)– ممکن ہے کہ یہ تمام بیض دمویتوں میں سب سے زیادہ حاد ہو، اور ایک مریض میں مرض کا سارا عمر ایک ہفتہ سے بھی ذرا ہی کم تھا (22)۔ خون کے اندر لبّی ناھضات کی تعداد اور عدم دمویت دونوں بہ سرعت زیادہ ہو جاتے ہیں۔ مزمن لبّی خلوی اشکال کی طرح اس میں بھی کثیر التعداد نزفات ہوتے ہیں۔

مزمن لبّی خلوی بیض دمویت (chronic myelocytic leukæmia)۔ بیض دمویت کے ابتدائی علامات میں سے، کثیر التعداد اصابتوں میں، ورم شکم ہے جو کلانیٔ طحال کے باعث پیدا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ کلانی بلا کوئی امارت ظاہر کئے کچھ عرصہ سے نمو یاب ہوتی رہی ہو۔ پھر ممکن ہے کہ

یہ شکم کی ساری بائیں جانب میں متمکن پائی جائے اور ایک مضبوط سخت رسولی بنا دے، جو پیچھے کے طرف پہلو کے اندر پھیلتی ہے، اور اس کا اگلا حاشیہ نویں ضلعی کری کے قریب سے شروع ہو کر ناف کے لبول پر خط درمیانی میں پہنچ جاتا ہے، اور اکثر اوقات اس کے نیچے ۲ یا ۳ انچ دائیں طرف کو پھیلتا ہے۔ یہ محل وقوع اس کے عروق سے اس کی چسپیدگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، جو اسے ایک ایسے دائرے کے محیط کے برابر بڑھنے پر مجبور کرتے ہیں، جس کا مرکز شکمی محوری شریان ہے۔ اس کا اگلا کنارہ کم و بیش تیز ہوتا ہے اور ایک یا دو کٹاؤ پیش کرتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں طحال ملیریائی کلانیوں کی طرح، اور جیسا کہ تپ محرقہ کی بعض اصابتوں میں ہوتا ہے، محض بائیں مراقی خطے میں واقع ہوتی ہے۔ جگر معتدل درجہ تک بڑھا ہوا ہوتا ہے اور دائیں ضلعی حاشیہ سے نیچے ۱ یا ۲ انچ تک محسوس ہو سکتا ہے۔ لب عظام کی مائوفیت بعض اوقات دبانے سے یا متناظر ہڈی کا قرع کرنے سے ایمیت سے معلوم ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ علامِ دمویت جس کے ہمراہ جلد اور مخاطی اغشیہ کا شحوب پایا جاتا ہے، تاخیر سے نمودار ہو۔

خون کی متغیر حالت، بھر اور نزفات کے وقوع سے ظاہر ہوتی ہے، اور آخر الذکر بالخصوص رعاف، مسوڑھوں اور منھ سے ادماء اور جلد کے نیچے پر پھوراتی دھبوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں، لیکن کبھی کبھی پھیپھڑوں، معدے اور آنتوں، گردوں، یا رحم سے ادماء، یا دماغ کے اندر نزف بھی ہوتا ہے۔ شبکیہ میں بھی نزفات ہوتے ہیں، جہاں وہ ایک چشم بین سے نظر آ سکتے ہیں، اور اُن کے ساتھ سپید دھاریاں اور دھبے بھی ہوتے ہیں، جو کہتے ہیں کہ سپید خلیوں کے تودے ہوتے ہیں۔ شبکیتی وریدیں اکثر نمایاں طور پر پیچدار ہوتی ہیں (بیض دمویتی التہاب شبکیہ = leukæmic retinitis)۔

مرض کا امر عموماً مترقی ہوتا ہے، یہاں تک کہ اس کا خاتمہ ہلاکت کے ساتھ ہو جائے، اور وہ چھ ماہ سے پانچ سال تک جاری رہتا ہے۔ خاتمہ کے قریب شحوب زیادہ ہو جاتا ہے، پاؤں اور جسم کے دوسرے حصے اذیمائی ہو جاتے ہیں، ممکن ہے کہ استسقاء شکمی اور استسقاء الصدر مستزاد ہو جائیں، نبض تیز ہو جاتی ہے، اور اختلاج

اکثر ہوتا ہے۔ کبھی کبھی اسہال ایک نمایاں علامت ہوتا ہے۔ اکثر اوقات کچھ تپ موجود ہوتی ہے۔ بالآخر نقصان خون، نہاکت، اسہال، ذات الجنب، ذات الریہ، شعبی التہاب یا اتساع قلب سے، اور کبھی کبھی دماغی نزف سے موت واقع ہوجاتی ہے۔

تشخیص۔ تشخیص کا انحصار کلانی طحال (ملاحظہ ہو صفحہ 453) اور خون کے امتحان پر ہوتا ہے۔ آخرالذکر بالکل ناگزیر ہے۔ اس وقت بھی جبکہ مریض کا رنگ سرخ ہو، ممکن ہے کہ بیضی دمویت نمایاں ہو۔

انذار آخراً ناموافق ہوتا ہے، لیکن موثر علاج کرنے سے ممکن ہے زندگی طوالت پذیر ہوجائے۔ لیکن بعض بیض دمویت ابتدائی مرحلہ میں مہلک ہوجاتی ہے۔

علاج۔ سنکھیا ہی وہ دوا ہے جس سے سب سے زیادہ توقعات پیدا ہوگئی ہیں۔ اُسے بالاستقلال اور جب تک اس کی برداشت پائی جائے بڑھتی ہوئی مقداروں میں دینا چاہیے، اور اس کے استعمال سے طحال کی کلانی اور سپید خلیوں کی تعداد بہت کم ہوگئی ہے۔ بنزال (benzol) کے علاج کے تحت سپید خلیوں کی تعداد اور طحال کی جسامت میں حیرت ناک تخفیف دیکھی گئی ہے۔ اس کی روزانہ مقدار ۳۰، ۶۰، یا ۹۰ قطرے ہیں، جو کیسوں کے اندر روغن زیتون کی مساوی مقدار کے ساتھ لئے جاتے ہیں۔ اس علاج کو سیلنگ (Selling) نے رائج کیا، جس نے دریافت کیا کہ بنزال کے متعلق کام کرنے والے اکثر سپید خلیوں کی خطرناک قلت کے عارضہ میں مبتلا ہوگئے۔ عمیق لاشعاعی علاج طحالی خطے اور لمبی ہڈیوں (عظم الفخذ) کے سرناسیوں پر لگانے سے سپید خلیوں کی تعداد اور طحال کی جسامت دونوں کو کم کردینے کا قطعی اثر رکھتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ دونوں طبعی حالت کے ہوجائیں۔ جب سپید خلیوں کی تعداد کم ہوکر ۲۰۰۰۰ اور ۴۰۰۰۰ کے درمیان رہ جائے تو لاشعاعوں کا لگانا موقوف کردینا چاہیے، کیونکہ اُن کا فعل کچھ عرصہ بعد تک جاری رہتا ہے۔ اس امر کا لحاظ کرنا بھی اہم ہے کہ سفید خلیات اپنی اکالِ خلوی قوت برقرار رکھیں (35)۔ 441

طحال برآری (splenectomy) ہبوط یا نزف کے باعث ہمیشہ مہلک ہوئی ہے۔

لمفی بیض دمویت

(lymphatic leukæmia)

لمفی خلوی، لمف آسا یا غیر ذراتی بیض دمویت، لمفی خلیہ دمویت

(lymphocytic lymphoid, or non-granular leukæmia ; lymphocythæmia)

یہ لبّی خلوی قسم کے نسبت زیادہ شاذ واقع ہوتی ہے۔

خون کی حالت۔ مزمن لمفی خلوی بیض دمویت میں لمفی خلیے زیادہ ہوجاتے ہیں، لیکن کثیر الاشکال اور دوسرے خلیوں کی تعداد تقریباً ویسی ہی رہتی ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ مجموعی سفید خلوی شمار ۱۰۰۰۰۰ ہو اور ان میں سے ۹۵ فی صدی یا سب مل کر ۹۵۰۰۰ لمفی خلیے ہوں، اور باقی ماندہ ۵۰۰۰ کثیر الاشکال ہوتے ہیں، جن کے ساتھ چند ایوسین پسند اور مستولی خلیات ہوتے ہیں۔ حاد لمفی بیض دمویت میں جو ایک سریع عمر رکھتی ہے نسبتاً بڑے غیر پختہ قسم کے خلیے غالب تعداد میں ہوتے ہیں۔ لیکن ان کو لبی ناہضی بیض دمویت کے لبی ناہضات سے تمیز کرنا اگر ناممکن نہیں تو مشکل ضرور ہے۔ اس کے خلاف ممکن ہے کہ سپید خلیوں کی مجموعی تعداد فی مکعب ملی میٹر طبعی تعداد کے نسبت بہت زیادہ نہ ہو یا بالکل زیادہ نہ ہو۔ لیکن اگر اس میں بھی لمفی خلیوں کا مجموعی شمار فی مکعب ملی میٹر زیادہ ہو جائے اور کثیر الاشکال خلیے غیر متغیر یا کم ہوں تو لمفی بیض دمویت کی حالت شناخت ہوجانی چاہیے۔ ایسی اصابتوں کو اکثر غیر بیض دمویتی بیض دمویت (aleukæmia leukæmia) کہتے ہیں۔ یہ لمفی لمحی سلعہ سے ناقابل تمیز ہے اور غالباً وہی ہے، کیونکہ دونوں میں لمفی غدد اور خون کا نسیجیاتی منظر بالکل مماثل ہوتا ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ وہ اصابتیں جو لمفی لمحی سلعہ کے طور پر شروع ہوتی ہیں، لمفی بیض دمویت کی حیثیت سے ختم ہوتی ہیں۔ عموماً ایک ثانوی عدم دمویت ہوتی ہے، جس میں چند نواتدار سرخ خلیے بھی ہوتے ہیں۔ جیسا کہ لبی خلوی بیض دمویت میں ہوتا ہے، ممکن ہے کبیر ناہضی ردعمل موجود ہو اور سرخ خلیات کا منظر تلف عدم دمویت سے مشابہ

ہوتا ہے۔

علامات۔ حاد لمفی خلوی بیض دمویت (acute lymphocytic leukæmia) ۔ یہ دونوں صنفوں میں، اور سات اور اٹھاون سال کے درمیان ہر عمر میں واقع ہوتی ہے۔ یہ بیماری دو ہفتوں سے لے کر تین یا چار مہینوں کے درمیان مہلک ثابت ہوتی ہے۔ یہ عام کمزوری اور کسلمندی یا دردِ طحال یا دردِ مفاصل کے ساتھ غیر محسوس طور پر شروع ہوتی ہے۔ بیرونی غدد بڑے ہو سکتے ہیں لیکن ہمیشہ بہت اُبھرے ہوئے نہیں ہوتے۔ طحال اور جگر کی خفیف کلانی موجود ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ہڈیاں الیم ہوں۔ لُبّ شروع سے لمفی خلیوں سے ٹھسا ہوا ہوتا ہے اور اس سے جلد ہی نمایاں عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں شدید التہاب الفم ایک نمایاں خاصہ ہوا ہے، جس کے ساتھ مسوڑھوں کا اغشاث اور گنگرین ہوتا ہے۔ اور اس کے ساتھ ہی تپ، اور مسوڑھوں اور آنتوں سے اور جلد کے نیچے نزفات واقع ہوتے ہیں۔ جسم کے بہت سے ٹھوس غدد لمفی خلیوں سے گنجان طور پر ٹھسے ہوئے ہوتے ہیں، اور اسیوا سطے وہ بہت بڑے ہو جاتے ہیں، مثلاً جگر، طحال، گردے، سرگردے، لبلبہ، ریقی غدد، اور دمی غدد۔ اور غدۂ تیموسیہ علیٰ حالہٖ موجود رہتا ہے اور بہت بڑا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ عضلۂ قلب بھی لمفی خلیوں سے درریختہ ہو۔ مجری شم کی بیض دمویتی درریختگی کے باعث جحوظ العین بھی دیکھا گیا ہے۔ عموماً خاتمہ سے پہلے استسقا ہو جاتا ہے۔

لبی خلوی بیض دمویت کے برعکس لمفی خلوی بیض دمویت میں طحال شاذ ہی اتنی بڑی ہوتی ہے، اور سارے جسم کے لمفائی غدد اور اعضا عنقودی اور سبے قناتی دونوں، اکثر وسیع طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔

مزمن لمفی خلوی بیض دمویت (chronic lymphocytic leukæmia) ۔ یہ مرض، جو ممکن ہے کہ تقریباً چھ مہینوں یا ایک سال سے لے کر بارہ بلکہ اٹھارہ سال تک جاری رہے، لمفائی غدد میں شروع ہو کر اُن کے گروہوں کو یکے بعد دیگرے ماؤف کرتا جاتا ہے، یہاں تک کہ جسم پر کے تمام

لمفائی غدد ماؤف ہو جاتے ہیں، اور وہ گردن، بُن ران یا بغل میں محسوس کئے جا سکتے ہیں۔ وہ معتدل طور پر بڑے ہو جاتے ہیں، زیادہ سخت نہیں ہوتے، اور ایک دوسرے پر آزادانہ طور پر حرکت کرتے ہیں۔ متذکرۂ بالا غدد کے نسبت ماساریقی غدد اور بھی زیادہ کثرت سے بڑے ہو جاتے ہیں، لیکن خلف البار یطون، صدری بابی، اور حرقفی غدد نسبتۃً کم کثرت سے بڑے ہوتے ہیں۔ تراشئے پر غدد سپیدی مائل گلابی رنگ کے اور خرد بین سے دیکھنے پر لمفی خلیوں سے متمدد نظر آتے ہیں۔ ازاں بعد لُبِ عظام ماؤف ہو جاتا اور لمفی خلیوں سے بھٹا ہوا ہوتا ہے، اور اس سے ایک غیر تکوینی عادم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ لبّی خلوی بیض دمویت کے نسبت اس میں نزف کا رجحان کمتر ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ حیوی اعضا پر غدد کے دباؤ کے اثرات سے، یا لمفی خلیوں سے اُن کی دررنگی ہو جانے سے، یا وریدی علقیت کی وجہ سے مریض ہلاک ہو جائیں۔ اِن مزمن اصابتوں میں طحال اور جگر بہت بڑے ہو جاتے ہیں۔

442

تشخیص۔ کسی ایسی مبہم بیماری میں جس میں شحوب ہو، یا غدد، لوزتین یا طحال بڑے ہوں، یا نزفات، یا پرپورا ہوں، یا مسوڑھوں کا اِغشاث ہو، خون کا امتحان کرکے لمفی خلیوں کی تخمین احتیاط کے ساتھ کرنی چاہئے۔ انذار حاد اصابتوں میں بُرا ہوتا ہے، جن میں شعاعوں یا عمیق لاشعاعوں کے ذریعہ علاج کے لئے وقت بہت کم ہوتا ہے۔ کم سریع اصابتوں میں اِن دواؤں کو آزمانا چاہئے۔

سلعۂ اخضر (chloroma)۔ لمفی بیض دمویت کے ساتھ قریبی تعلقات پیش کرنے والی ایک حالت ہے، جس کو سلعۂ اخضر کہتے ہیں۔ اس میں کثیر التعداد رسولیاں یا لمف آسا مطروحات، بالخصوص محجرین کی (جس سے جحوظ العین کا پیدا ہو جانا ممکن ہے)، صدغی حفرات میں اور کھوپڑی کی ہڈیوں کے گرد عظمہ میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ رسولیاں ملتحمہ پر اور جلد کے نیچے اور مختلف اعضا مثلاً گردہ میں بھی پیدا ہو جاتی ہیں، اور بعض اوقات یہ رسولیاں دوران زندگی میں بھی سبز رنگ کی ہوتی ہیں (سرطان الاخضر = green cancer)، جو کہ جلد کے نیچے سے نظر آتا ہے۔ دوسری رسولیاں بے رنگ ہوتی ہیں۔ لُبّ آسا سلعۂ اخضر (myeloid chloroma) کی

اصابتیں شاذ تر ہوتی ہیں۔
موت کے بعد یہ مختلف رسولیاں ہرے رنگ کی ہوتی ہیں، جو تکشف کرنے پر پھیکا پڑ جاتا ہے۔ اور لمفی غدد، طحال، لب عظام اور دوسرے اعضا ویسی ہی حالت میں ہوتے ہیں جیسی کہ لمفی خلوی ابیض دمویت کے ساتھ ہوتی ہے۔ ہرے رنگ کی حقیقی ماہیت نامعلوم ہے۔ وہ صبغہ صفرا نہیں ہے۔ لیکن قیاس یہ ہے کہ وہ وہی سبز رنگ ہے جو کہ اکثر پیپ میں دیکھا جاتا ہے۔

کثرتِ خلیّاتِ احمر

(POLYCYTHÆMIA RUBRA)

کثیر خلوی دمویت (polycythæmia)، یا کثرت خلیات احمر جس میں خون کے سرخ خلیے زیادہ ہو جاتے ہیں (۱) سرخ خلیے بنانے والے اعضا کے اولی مرض کے طور پر پیدا ہو جاتی ہے (احمر دمویت = erythræmia)۔ (۲) اور دورانی یا تنفسی نظامات کے کسی ایسے خلل سے بھی پیدا ہو جاتی ہے، جس سے آکسیجن کی قلت واقع ہو جائے اور جس کی تعویض کے لئے ہیموگلوبن کے حاملین زیادہ تعداد میں ضروری ہوں جیسے کہ پیدائشی مرض قلب میں۔ اس ثانوی کثرت خلیات احمر کو احمر خلویت (erythrocytosis) کہتے ہیں۔
کثرت خلیات احمر کی اصابتوں میں اساس تحول زیادہ ہو جاتا ہے۔

احمر دمویت

(erythræmia)

یہ زیادہ تر تیس اور ساٹھ سال کے درمیان کی عمر کے مریضوں میں واقع ہوتی ہے، اگرچہ کبھی کبھی ان حدود سے اوپر یا نیچے کی عمر کے مریض بھی ہوتے ہیں۔ اس کا نمایاں یا شدید شکل میں سرخ جسیمات کی تعداد فی مکعب ملی میٹر ۹ اور ۱۰ ملین سے لے کر ۱۴ ملین تک مختلف ہوتی ہے، اور اگر خون کو ٹھیرا رہنے دیا جائے تو دیکھا جاتا ہے

جسیمات سیال کے ۹/۱ حجم کے برابر جگہ گھیرتے ہیں۔ ہیموگلوبن طبعی سے ۱۳۰، ۱۶۰ یا ۱۸۰ فی صدی تک زیادہ ہو جاتی ہے۔ لونی قوت نما ادنیٰ ہوتا ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ سرخ خلیے چھوٹے ہیں۔ سپید خلیوں کی تعداد ہمیشہ ہی بڑھی ہوئی نہیں ہوتی، مگر ممکن ہے کہ وہ فی مکعب ملی میٹر ۲۴۰۰۰ تک پہنچ جائیں اور خاص زیادتی کثیر الاشکال خلیات میں ہوتی ہے۔ خون کی لزوجت معمول کے نسبت تگنی یا چوگنی ہو جاتی ہے۔ کثافت نوعی اور عرصۂ ترویب کا معمول کے نسبت سے نیچے یا زائد ہونا ہمیشہ نہیں پایا جاتا۔ خون کا دباؤ بعض اوقات بلند ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔

مرضی تشریح۔ کلاں شدہ طحال محتقن ہوتی ہے، اور طحالی لُب کی بیش تکوین اور تلیف پایا جاتا ہے، لیکن عام طور پر احمر نا ہضمی یا لُب آسا فعالیت کی کوئی شہادت نہیں ہوتی۔ لمفی غدد بالعموم غیر متاثر ہوتے ہیں۔ جگر ممکن ہے محتقن ہو۔ لبِ عظام عام طور پر گہرے سرخ رنگ کا ہوتا ہے، اور شحمی لب بالکل دکھائی نہیں دیتا، چنانچہ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ سرخ خلیات کی تکوین کا وظیفہ بہت بڑھ گیا ہے۔

امراضیات۔ اسی کے مطابق، اس حالت کی امراضیات کے متعلق عام طور پر مسلمہ نظریہ یہ ہے کہ کسی نہ کسی سبب سے لبِ عظام میں ہیجان پیدا ہو کر احمر خلیات کی بافراط تکوین ہوتی ہے، اور یہ کہ دیگر تغیرات ثانوی ہیں۔ اس امر کی کوئی شہادت نہیں ہے کہ کثرت خلیات احمر، بافتوں میں آکسیجن کی احتیاج کا ثانوی نتیجہ ہے۔ وہ مریض جو آکسیجنی کوشک میں رکھے جاتے ہیں اس مدت کے ختم پر خون میں کوئی تبدیلی ظاہر نہیں کرتے۔

443 **علامات**۔ اس کثرت خلیات احمر کے ساتھ جو حالتیں عموماً پائی جاتی ہیں وہ یہ ہیں:— ذرداق اور طحال کی معتدل یا بڑی کلانی۔ زراق بالخصوص چہرے، کانوں اور مخاطی اغشیہ پر ظاہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶ الف، صفحہ 433)۔ چہرہ پر ایک مخصوص دممیز چمک یا سرخی نظر آتی ہے۔ ممکن ہے یرقان ہو اور گاہے کہبت بھی، چنانچہ مصل وان ڈن برگ کا بالواسطہ تعامل دیتا ہے (88)۔ شبکیہ کی وریدیں محتقن اور نہایت سیاہ ہوتی ہیں۔ مریض کو دردِ سر یا سر میں ایک پُری کا احساس ہوتا ہے، آلکسی، دورانِ سر، سوءِ ہضم، قبض اور تشنگی کی شکایت ہوتی ہے،

اور مختلف اقسام کے نزفات ہوجاتے ہیں، جن میں رُعاف، مسوڑھوں سے خون آنا، کہ بت طمث، قے الدم، اور دماغی نزف شامل ہیں۔ شرائین کی صلابت ہوتی ہے، جس سے ملقی التہاب العرق انطلاسی (thrombo-angiitis obliterans)، معہ متوقف عرجان (intermittent claudication) اور حمرتی وجع الجوارح (erythro-melalgia)، یا داء النفس کے پیدا ہوجاتا ہے۔ گردے ممکن ہے متاثر ہوجائیں۔ ممکن ہے نقرس ہو اور یورک ایسڈ کے سنگ موجود ہوں (38)۔ بعض اصابتوں میں وسیع وریدی علقیت واقع ہوگئی ہے۔

متذکرہ بالا اصابتوں سے [جو پہلے "کثرتِ خلیاتِ احمر معہ کلانی طحال" (polycythæmia with splenomegaly) کے نام سے بیان کی جاتی تھیں] بعض اصابتیں کسی قدر مختلف ہوتی ہیں، جو نسبتۃً قلیل الوقوع ہیں اور جن میں طحال کی کلانی تو نہیں ہوتی لیکن خون کا دباؤ بہت زیادہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ ۳۰۰ ملی میٹر پارے (Hg) تک بھی پہنچ جائے۔ مریضوں کا منہ اکثر تناؤ دار ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ ان کا قلب بیش پرورده ہو، ان کے پیشاب میں البیومن ہو، اور ان میں صلابت الشرائین کے آثارات موجود ہوں۔ ان امارات کو ابتداءً گیس بوک (Geisbock) نے بیان کیا، اور بیش تنشی کثرتِ خلیاتِ احمر (polycythæmia hypertonica) کے نام سے موسوم کیا۔

احمر دمویت کی اصابتوں کی رفتار مختلف ہوتی ہے۔ فشل قلب سے یا دماغی عروقی پیچیدگیوں سے یا تدرن سے ہلاکت واقع ہوگئی ہے۔

علاج۔ اس مرض کے لئے وقتاً فوقتاً فصد کا کھول دینا ایک اچھا علاج ہے۔ ایک چوڑی کھوکھلی سوئی کے ذریعہ سے ہر چھٹے مہینے ½ پائنٹ سے لے کر ۱ پائنٹ تک خون نکال دینا چاہیے۔ خون کی تجمید روکنے کے لئے سائٹریٹ استعمال کرنا چاہیے جیسا کہ نقل الدم کے لئے خون نکالتے وقت کیا جاتا ہے۔ ہڈیوں کے لاشعاعی علاج سے بھی کامیابی حاصل ہوئی ہے۔ حال ہی میں فینل ہائڈریزین (phenyl hydrazine) روزانہ ۰.۱ گرام براہِ دہن استعمال کی گئی ہے۔

احمر خلویت

(erythrocytosis)

اِس اصطلاح کے تحت اُن اصابتوں کو شامل کرنا مقصود ہے کہ جن میں کثرتِ خلیات احمر لبِّ عظام کی بڑھی ہوئی فعالیت کے باعث ہی ہوتی ہے (پارکس ویبر (Perkes Weber= لیکن اِس فعالیت کی تہییج قابل شناخت ماسبق حالات کی وجہ سے ہوتی ہے۔ چنانچہ ایک گروہ مزمن قلبی اور ریوی ضررات سے بنتا ہے، جن میں سے قلب کا پیدائشی تشوہ نمایاں ترین ضرر ہے۔ اور دوسرے ضررات التہابی مطرقی مرض کی مختلف شکلیں، نفاخ (emphysema) اور مزمن ریوی امراض ہیں، جن کے ساتھ زراق کا ہونا ممکن ہے (مرض آیرزا =Ayerza's disease)۔ ان میں خون کا قلیل تاکسد لبِّ عظام کے لئے تہییج کا کام دیتا ہے۔ "کیس زدہ" مریض ایک دوسرا گروہ ہیں۔ ان میں احمر خلویت ایک آکسیجن کوشک کے اندر (جس میں ۵۰ فی صدی آکسیجن موجود ہو) علاج کرنے سے کم ہو جاتی ہے (Hunt & Dufton)۔ ایک اور گروہ اُن اشخاص کی کثرتِ خلیاتِ احمر سے بنتا ہے، جو بلند ارتفاعات کے رہنے والے ہوتے ہیں، جہاں خلیات احمر کی زیادتی، اس قلیل آکسیجنی تنش کی تلافی کر دیتی ہے جو کہ تنفس کے لئے حاصل ہونے والی ہواؤں میں پائی جاتی ہے۔ کثرتِ خلیات احمر فاسفورس اور کاربن مانا کسائیڈ کے مزمن تسمم میں اور ایڈیسن (Addison) کے مرض اور ذیابیطیسی قوماؤں میں بھی واقع ہوتی ہے۔ جیسا کہ احمر دمویت میں ہوتا ہے، سرخ جسیمات ۸۰ آٹھ یا نو ملین (ایک ملین = ۱۰ لاکھ) تک پہنچ سکتے ہیں۔ خون کی ہیموگلوبن اور لزوجت دونوں مقداریں زیادہ ہو جاتی ہیں۔

ہیموگلوبن دمویت

(HÆMOGLOBINÆMIA)

ہیموگلوبن دمویت اس وقت پیدا ہو جاتی ہے جب کہ عروقِ دمویہ کے اندر

دموی جسیمات کی ٹوٹ پھوٹ واقع ہوکر پلازما کے اندر ہیموگلوبن خارج ہوتی اور اُسے گلابی جھلک دے دیتی ہے۔ اور جسیماتِ دموی بینڈ (rouleaux) بنانے کا رجحان بالکل نہیں رکھتے۔ عام طور پر عدم دمویت معہ کسی قدر بوقلموں خلویت اور خلوی لاتساوی کے موجود ہوتی ہے۔ نہایت ہی شاحب جسیمے (سایہ نا جسیمے) دیکھے جاتے ہیں۔ پھر یہ ہیموگلوبن گردوں سے خارج ہوکر پیشاب کے رنگ کو گہرا سرخ بنا دیتی ہے اور پیشاب بالکل صاف ہوتا ہے۔ اِس حالت کو ہیموگلوبن دمویت کہتے ہیں، اور یہ دَم بولیت سے متفرق ہوتی ہے، جس میں پیشاب کے ساتھ خود خون اور اُس کے جسیمات ملے ہوئے ہوتے ہیں، اور پیشاب دھوئیں کے رنگ کا ہوتا ہے کیونکہ روشنی سرخ جسیمات کی سطحوں سے منعکس ہوجاتی ہے۔ طیف نما سے امتحان کیا جائے تو ہیموگلوبن دمویت میں پیشاب سبز اور زرد حصہ میں دو دھاریاں ظاہر کرتا ہے جو کہ آکسی ہیموگلوبن کے ساتھ مختص ہیں، اور وہ طیف کے سرخ سرے کی طرف ایک اور دھاری دیتا ہے جو کہ میٹ ہیموگلوبن کا نتیجہ ہے۔ آخر الذکر آکسی ہیموگلوبن پر پیشاب کی تاثیر کا نتیجہ ہے۔ پیشاب میں البیومن ہوتا ہے۔ خفیف ترحملوں میں غالباً جسیمات کی بہت تھوڑی تعداد متکسر ہوتی ہے، ہمیٹن جگر میں ٹھکانے لگتی ہے اور گلابیولن پیشاب میں خارج ہوجاتی ہے۔ ایسی حالتوں میں پروٹین جو کہ پیشاب میں پائی جاتی ہے گلابیولن ہوتی ہے نہ کہ مصلی البیومن (serum albumin)۔

جسیمات کا جزئی اتلاف (دم پاشیدگی) متعدد حالات میں واقع ہوتا ہے:- (۱) بعض سموم کے فعل سے، مثلاً کلوریٹ آف پوٹاسیئم کی بڑی مقدار، یا پائروگیالک ایسڈ (pyrogallic acid)، آرسینیورٹیڈ ہائڈروجن (arseniuretted hydrogen) اور نیفتھال (naphthol) سے۔ (۲) ناموافق خون کے نقل الدم سے۔ (۳) تپش کی انتہائی حدود میں تکشف سے، جیسے کہ حرقہ (burn) یا پالا مار (frost bite) سے۔ (۴) بعض حمیات کے فعل سے، اسی واسطے حمی قرمزیہ اور تپ محرقہ سے معتدل درجہ کی ہیموگلوبن دمویت پیدا ہوسکتی ہے۔ (۵) میلریا (malaria) یا سیاہ بول بخار (blackwater fever) میں۔ (۶) دوری ہیموگلوبن بولیت۔ (۷) نہایت خفیف سی دَم پاشیدگی تندرست افراد کے خون میں ملتی ہے۔

444

دَوری ہیموگلوبن بولیت

(paroxysmal hæmoglobinuria)

اس متقابلتہً شاذ شکایت میں ہیموگلوبن بولیت انفرادی حملوں کی صورت میں واقع ہوتی ہے۔

بحثِ اسباب۔ یہ نوعمر بالغوں اور پچاس سال کی عمر تک کے ادھیڑ اشخاص میں دیکھی جاتی ہے، اور اناث کی نسبت ذکور میں بہت زیادہ عام ہے۔ چند اصابتوں میں ملیریائی قسم کی سرگذشت، اور بہت سی اصابتوں میں آتشک کی سرگذشت موجود ہوتی ہے۔ حملہ کا فوری سبب سردی کا تکشف ہوتا ہے۔

امراضیات۔ سردی کی وجہ سے دَم پاشیدگی کے وقوع کی یہ توجیہ کی گئی ہے کہ یہ شکایت رکھنے والے مریضوں میں خون کے اندر ایک امکانی مسمّی ھیمو لائسین (hæmolysin) موجود ہوتی ہے جو ذورابطین کے طور پر جسیمہ کے ساتھ تعامل کر لیتی ہے۔ سردی کے اثر سے، اور ازاں بعد گرمی کی واپسی پر متمم کے تعاون سے جسیمہ کا اتلاف واقع ہو جاتا ہے۔ یہ متمم طبعی خون کے اندر موجود ہوتا ہے، اور یہ بتلا دیا گیا ہے کہ مریض کے مصل سے طبعی جسیمات کی دَم پاشیدگی ہو جائے گی۔ اس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ مریض کے جسیمات میں شکست و ریخت کی کوئی نوعی قابلیت موجود ہونے کی ضرورت نہیں۔ ہیمولائسین کی سمی اصلیت اس واقعہ سے ظاہر ہوتی ہے کہ مریضوں کی اکثریت میں آتشک کی سرگذشت یا شہادت، اور مثبت تعاملِ واززمن موجود ہوتا ہے۔

علامات۔ حملہ کا آغاز مختلف اصابتوں میں نڈھال پن، تکان، جمائی لینے کے رجحان، جاڑا لگنے یا قشعریرہ، اعضا شکنی، متلی، قے، اسہال، اور دردِ شکم سے ہوتا ہے۔ مریض اکثر مرضِ رینانڈ (Raynaud's disease) میں مبتلا ہوتا ہے، (ملاحظہ ہو صفحہ 810) اور اس حالت میں انگلیاں کبود اور سرد ہو جاتی ہیں۔

تپش کا ابتدا میں مرتفع ہو جانا ممکن ہے، مگر وہ جلد کم ہو جاتی ہے۔ اور ان علامات کی مدت صرف ۲ سے ۱۲ گھنٹے تک ہوتی ہے۔ بعض اوقات جگر اور طحال کی خفیف کلانی بھی دیکھی جاتی ہے۔ یا تو پہلی علامت کے بعد فوراً، یا صرف تین یا چار گھنٹوں کے بعد

خون کی رنگت کا پیشاب ہوتا ہے، لیکن یہ حالت بھی تھوڑے ہی عرصہ تک رہتی ہے۔ چند ہی گھنٹوں کے بعد ممکن ہے کہ پیشاب بالکل صاف ہو جائے اور اس میں البیومن اور ہیموگلوبن نہ رہے۔ اور حملوں کے درمیانی وقفوں میں پیشاب ہمیشہ بالکل طبعی ہوتا ہے۔ حملہ کے اختتام پر جلد کا رنگ یرقانی جھلک کا دیکھا گیا ہے، اور بہت سے حملے یکے بعد دیگرے جلد جلد ہونے سے مریض میں خرد خلوی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ دوری ہیموگلوبن بولیت بذاتہٖ خطرناک نہیں۔

علاج ۔ سردی میں تکشف سے بچنے کے لئے احتیاط اور باقاعدگی کے ساتھ گرم لباس استعمال کرنا چاہیئے، گرم کروں میں رہایش رکھنا چاہیئے، اور حتی الامکان رات کی ہوا سے محفوظ رکھنا چاہیئے۔ آتشک کا علاج خاص طور پر پوٹاشیم آیوڈائیڈ، بزمتھ اور پارہ کے ذریعہ کرنا چاہیئے۔ حملہ کے دوران میں مریض کو بستر میں رکھنا چاہیئے۔

میث ہیموگلوبن دمویت اور سلف ہیموگلوبن دمویت

445

(METHÆMOGLOBINÆMIA AND SULPHÆMOGLOBINÆMIA)

(enterogenous cyanosis= معاز ادنرراق)

(microbic cyanosis= خرد عضویتی نرراق)

شاذ اصابتوں میں جسیمات کی آکسی ہیموگلوبن کے، میث ہیموگلوبن اور سلف ہیموگلوبن میں متغیر ہو جانے سے، جلد اور مخاطی اغشیہ کی عام کبودی یا زرراق پیدا ہو جاتا ہے۔

میث ہیموگلوبن دمویت (methæmoglobinæmia)۔ بعض ادویہ بالخصوص ایسیٹانیلائیڈ (acetanilide)، فیناسیٹین (phenocetin) اینٹی پائرین (antipyrin)، ویرونال (veronal) کے استعمال سے پیدا ہوتی ہے، اور کول تاری حاصلات (coal-tar products)، نائٹرو بنزال وغیرہ کا کام کرنے والوں میں زہریلے دخانات کا استنشاق کرنے سے، نیز بعض معوی عضرات میں نائٹرائٹس (nitrites) کے انجذاب سے جب کہ اسہال ایک نمایاں علامت ہوتی ہے، اور

جب کہ نائٹرائٹس کی پیدائش عضویوں، مثلاً عصیہ قولونی کے سبب سے ہو سکتی ہے۔
بعض اصابتوں میں کثیر خلوی دمویت موجود رہی ہے، اور بعض اوقات طحال کی کلانی
اور ہاتھ پاؤں کی انگلیوں کی گرزشکلی مریضوں کا رنگ مُہیب، چاکولیٹ کی طرح
ہوجاتا ہے۔ خون میں دم پاشیدگی نہیں ظاہر ہوتی، لیکن جسیمات نہایت سیاہ ہوتے
ہیں۔ بالعموم تنفسی تکلیف بالکل نہیں ہوتی، کیونکہ نسبتہً تھوڑی سی ہیموگلوبن کے
تغیر سے نمایاں رنگ پیدا ہوجاتا ہے۔ پیشاب عموماً طبعی ہوتا ہے۔ **علاج** یہ ہے کہ
سبب کو دور کیا جائے۔ ادویہ سے تسمم ہونے کی صورت میں مقئی ادویہ اور معدے
کی تغسیل کی ضرورت لاحق ہو سکتی ہے۔ چونکہ موت خون کی آکسیجن بردار قوت کی
کمی کی وجہ سے واقع ہوجاتی ہے، لہذا آکسیجن کا مسلسل استعمال ترجیحاً ایک خیمہ کے ذریعہ
سے کرنا چاہئے۔ خون چند گھنٹوں کے بعد خود بخود طبعی ہوجاتا ہے۔

سلف ہیموگلوبن دمویت (sulphæmoglobinæmia)۔ یہ مریض
جن کو قبض ہوتا ہے، زراق کے حملوں میں مبتلا ہوجاتے ہیں، جو بعض اوقات بے ہوشی
پیدا کر دیتا ہے۔ حملہ میں دوسری علامتیں دردِ سر، متلی اور قے، اور دردِ شکم ہیں۔
جسیمات میں کی ہیموگلوبن ایک حد تک سلف ہیموگلوبن میں متغیر ہوجاتی ہے۔ یہ
شئے اپنے انجذابی طیف کے لحاظ سے میٹ ہیموگلوبن سے مشابہ ہوتی ہے، کیونکہ
اس میں ایک دھاری سرخ رنگ کے اندر نظر آتی ہے۔ فرق یہ ہے کہ میٹ ہیموگلوبن
کی حالت میں یہ دھاری پوٹاسیم سایانائیڈ (potassium cyanide) ملانے پر غائب
ہوجاتی ہے اور سلف ہیموگلوبن کی حالت میں یہ غیر متغیر رہتی ہے۔ امتحان کا دوسرا طریقہ
یہ ہے کہ ترشہ سے معرا کاربن مانا کسائیڈ (acid-free CO) کو آمیزہ میں سے گذارا جائے۔
سلف ہیموگلوبن کی تمام دھاریاں طیف کے نیلے سرے کی طرف ہٹ جاتی ہیں۔
میٹ ہیموگلوبن کی دھاریاں غیر متغیر رہتی ہیں۔

میٹ ہیموگلوبن دمویت کی طرح، یہ حالت بھی اینی لائن کے مشتقات
مثلاً ایسیٹینی لائڈ (acetanilide) اور فینا سٹین (phenacetine) کے تسمم سے پیدا ہوتی
ہے، جس کے ساتھ شاید قبض کی وجہ سے معاء میں گندھک کے مرکبات کی تکوین پائی
جاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے وہ ایک صادق معاء زاد زراق ہو، جو کہ کلیتہً معاء میں خود بخود

تیار شدہ زہروں کا نتیجہ ہو' اگرچہ اس سے انکار کیا گیا ہے۔ یہ حالت میٹ ہیمو گلوبن دمویت کی نسبت بہت زیادہ دیر سے زائل ہوتی ہے' اور ہفتے اور مہینے لگ جاتے ہیں۔ لہٰذا اگر گول تاری ادویہ کی طبی خوراکوں کے بعد زراق پیدا ہو تو یہ یقینی امر ہے کہ اس کا سبب سلف میٹ ہیموگلوبن ہے نہ کہ میٹ ہیموگلوبن۔ ایک مریض میں سلف میٹ ہیموگلوبن دمویت اور میٹ ہیموگلوبن دمویت کی ہمزماں موجودگی بھی بیان کی گئی (23)۔

انذار۔ یہ مرض مہلک نہیں ہوتا۔

علاج۔ قبض کے لئے مسہل دینے چاہئیں۔ بوسیدہ دانتوں کو نکال دینا چاہئے۔ حملہ کے دوران میں آکسیجن کا استعمال کرنا چاہئے' بالخصوص اس وقت جب کہ مریض بے ہوش ہو۔

پرپیورا

(نزفی مزاج)

اس اصطلاح کا اطلاق اس مرضی حالت پر کیا جاتا ہے جس میں جلد یا مخاطی اغشیہ کے نیچے متعدد نزفات واقع ہو کر کم و بیش ارغوانی رنگ کے دھبے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ پہلے دیکھا گیا ہے کہ ایسے ہی نزفات متعدد امراض' مثلاً قرمزیہ (scarlatina)' خسرہ' چیچک' ٹائفس' دماغی نخاعی تپ' اور طاعون میں ہوا کرتے ہیں۔ نیز کہبت' جگر کے حاد اصفر ذبول' اور ابیض دمویت (leukæmia) غیر تکوینی عدم دمویت (aplastic anæmia) اور خبیث لمفی سلعی بالیدوں میں خبیث التہاب درون قلبیہ' اور قلب کے دوسرے امراض میں۔ اور بعض عصبی امراض مثلاً ہزال نخاع (tabes dorsalis) میں۔ نیز نزفات کا ذکر نزفیت (hæmophilia)' مرض ہاجکن' مرض برائٹ اور اسکروی (scurvy) کے تعلق میں کیا جائے گا۔ باہر سے مسمم ہونے کے راست نتیجہ کے طور پر نزفیت پوٹاسیم آیوڈائڈ کی بیش مقدار دینے سے' یا بینزال (benzol) یا اس کے خاص جز بینزین (benzene) کے تجارتی استعمال (ہاتھ لگانے اور استنشاق کرنے) سے

446

پیدا ہو جاتی ہے۔ ان سب اصابتوں میں یہ صاف طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ نزف کا کوئی سبب موجود ہے، اور یہ سبب اکثر ایک ساری سم یا کوئی دوسرا زہر ہوتا ہے۔

اوّلی یا خود زد پرپیورا سریری طور پر حسب ذیل اقسام میں منقسم ہے:۔

(ا) سادہ (simplex) نزفی (hæmorrhagica) خاطف (fulminans) پرپیورا۔ (ب) ہیناک کا پرپیورا (Henoch's purpura)، اور رثیتی پرپیورا (purpura rheumatica) کلاحت رثیتی peliosis rheumatica = یا مرض شان لین (Schonlein's disease =)، جس میں شری اور پرپیورا دونوں ہوتے ہیں اور بسا اوقات پرپیورا کی نسبت شری زیادہ نمایاں ہوتی ہے (39)۔ اس گروہ کے لئے بعض اوقات استعداف نما پرپیورا کی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے۔

امراضیات۔ پرپیورا کی شدید اصابتوں میں حموی زمانہ کے دوران میں خون میں سے ایک دم پاش نبتۂ سبحیہ علیحدہ کیا جا سکتا ہے، اور مہلک اصابتوں میں قلب کے خون سے اس کی کاشت کی جا سکتی ہے۔ اور طی کا درحلمہ اکثر صبغۂ ہیموگلوبن سے رنگین ہوتا ہے۔ ان واقعات سے پتہ چلتا ہے کہ یہی عضویہ اس مرض کا سبب ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا سم اس طرح عمل کرتا ہو کہ عروق شعریہ کی نفوذ پذیری کو زیادہ کر کے بافتوں کے اندر پلازما کے خروج اور سرخ جسیمات کی ہجرت کا موقعہ بہم پہنچاتا ہو۔ بعض پرپیورا حساسیتی صدمہ (allergic shock) سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

اگر نزف شدید ہو تو خون ثانوی عدم دمویت کے خصائص ظاہر کرتا ہے۔ ایک چبھن سے لئے ہوئے خون کے پہلے قطرے کا عرصۂ ترویب طبعی ہوتا ہے، لیکن بعد کے قطروں کا عرصۂ ترویب ایک منٹ سے زائد ہوتا ہے (2)۔ شاید یہی وجہ ہے کہ "عرصہ ادماء" (ملاحظہ ہو صفحہ 423) زیادہ ہوتا ہے۔ جسم سے باہر خون جم جانے کے بعد تھکا سکڑتا نہیں اور نہ مصل کو باہر رسنے دیتا ہے (26,29)۔ لب عظام کوئی ممیز خصائص نہیں ظاہر کرتا۔ اگر اس پر مطالبات کا زیادہ بار پڑتا ہے اور عدم دمویت کی وجہ سے تغذیہ خراب ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ

غیر تکوینی ہو جائے۔

تمام اقسام کے پرپیورا کی اکثریت میں دَموی لوحیے غیر موجود یا کم ہو جاتے ہیں [یعنے فی مکعب ملی میٹر ۱۰۰۰۰ (طبعی تعداد ۲۰۰۰۰۰ سے ۵۰۰۰۰۰ تک ہوتی ہے)]۔ اس حالت کو قلت خلیات علقی (thrombocytopenia) کہتے ہیں۔ بادی النظر میں اس کو پرپیورا کی توجیہ کرنے کے لئے کافی سمجھا جاسکتا ہے۔ لیکن قلتِ خلیاتِ علقی بذاتِ خود اس کے لئے کافی نہیں ہے، کیونکہ اسکروی میں جس میں اِدماآت ہوتے ہیں، اور ہتیناک کے پرپیورا میں، لوحیے اور عرصہ جات ادماروونوں طبعی ہوتے ہیں۔ اس کی توجیہ غالباً یہ ہے کہ تمام پرپیوراؤں میں درحلمہ کا تضرر ضروری عامل ہے، اور یہ لوحیوں کی کمی کے بغیر بھی واقع ہو سکتا ہے، لیکن چونکہ لوحیے اور درحلمی خلیے دونوں بلحاظ تولید کے باہم قریبی تعلق رکھتے ہیں، لہذا زہر (جو خواہ لوحیہ کش مصل ہو یا بنزال وغیرہ) درحلمہ پر حملہ آور ہونے سے پہلے عموماً لوحیوں کو تلف کر دیتا ہے (22)۔ اگر صرف اتنے ہی لوحیہ کش مصل کا اشراب کیا جائے کہ جس سے لوحیے تلف ہو جائیں تو پرپیورا نہیں پیدا ہوتا، چنانچہ قلت خلیات علقی اس مرض کی ضروری خصوصیت نہیں ہو سکتی۔ دوسری رائے جو پیش کی گئی ہے (لیکن جس کی تجربی شہادت سے تصدیق نہیں ہوتی) یہ ہے کہ لوحیے اس لئے غایب ہو جاتے ہیں کہ وہ دامی عروق میں کے فصل کو التزاق کے ذریعہ پُر کرتے ہیں۔ لوحیے لُبّ سے پیدا ہوتے ہیں، اور جب لُبّ غیر تکوینی ہوتا ہے تو وہ بھی غیر موجود ہوتے ہیں۔ انھیں طحال تلف کرتی ہے، اور طحال کا استیصال کرنے سے اُن کی تعداد کچھ عرصہ تک بڑھ جاتی ہے، لیکن یہ زیادتی محض کچھ عرصہ کے لئے ہی ہوتی ہے۔

علامات ۔ پرپیورا کی خفیف ترین شکلوں (سادہ پرپیورا = P. simplex) میں یہی ہوتا ہے کہ جسم کے مختلف حصوں میں پھیکے سرخ، گہرے سرخ، یا نیلگوں ارغوانی رنگ کے دھبے پیدا ہو جاتے ہیں۔ وہ گول ہوتے ہیں، قطر میں ایک ملی میٹر سے لے کر ½ انچ تک مختلف ہوتے ہیں، دبانے سے غائب نہیں ہوتے، اور جب ایسی چھوٹی جسامت کے ہوتے ہیں تو عموماً سطح سے اوپر اُبھرے ہوئے نہیں ہوتے۔ وہ جسم پر ہر جگہ پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ ہر دھبہ کچھ عرصہ کے بعد بھورا

یا زرد جھلک کا ہو کر کُملاجاتا ہے، اور نسبتہً بڑی چکتیاں بدیہی طور پر تغیرات کے وہی مدارج طے کرتی ہیں جو ایک کوفتگی کے لئے مخصوص و ممیّز ہیں۔ اِس دَوران کے ساتھ بنیئی اختلال نہایت کم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض کا رنگ شاحب ہو اور اُس کی اشتہا جاتی رہے۔ شفا عموماً دس سے بیس دن تک میں ہو جاتی ہے۔

447 شدید اصابتوں میں نزفات زیادہ وسیع ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ زیرِ جلد خون کے بڑے تودے جلد کو اوپر اُٹھادیں، اور مختلف مخاطی اغشیہ سے بھی اِدما ہوتا ہے (نزفی پرپیورا = P. hæmorrhagica)۔ چنانچہ ناک، دہن معدے، اور آنتوں، گردوں، نسوانی تناسلی اعضا، اور کبھی کبھی شعبی غشائے مخاطی سے خون آسکتا ہے۔ اِسکروی کی طرح مسوڑھے کبھی متورم نہیں ہوتے، لیکن بعض اوقات اُن کے جرم میں ایک نزفی داغ دکھلائی دیتا ہے۔ زیادہ شدید اصابتوں میں ممکن ہے کہ تپش کسیقدر بلند ہو، اور ایک ایسا درجہ انبطاح طاری ہوجاتا ہے جو موت میں ختم ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ امتحان بعد الممات سے تقریباً تمام مخاطی اغشیہ میں، حوضِ کلیہ میں، پلیورا، تامور، باریطون، سحایا، بلکہ پھیپھڑوں اور لُبِ عظام تک میں دوسرے کدمات ظاہر ہوں۔ ممکن ہے کہ دماغی نزف موت کا سبب ہوجائے۔ معائی غشائے مخاطی کا اِغتشاش اور تقرح بھی پایا گیا ہے، جس سے انثقاب اور التہابِ باریطون پیدا ہوجاتے ہیں۔ خاطف پرپیورا (fulminating purpura) کا نام بعض ایسی اصابتوں کو دیا گیا ہے، جو پانچ گھنٹوں سے لے کر تین دن میں مہلک ہوجاتی ہیں۔ ان میں سے بہت سی اصابتیں قرمزیہ (scarlatina) کے بعد واقع ہوئی ہیں۔

ھینالک کے پرپیورا (Henoch's purpura) میں جلد کے ضرر احمراری (erythematous) یا شری (urticarial) ورم ہوسکتے ہیں جو اکثر بڑے وسیع ہوتے ہیں اور جن میں نزف بالکل نہیں ہوتا۔ ان کے ساتھ مفصلی درد یا اورام، درد شکم کے حملے، قئے اور آنت سے نزف، اور ورم بولیت پائے جاتے ہیں۔ طوال قدر نے جس پذیر ہوتی ہے۔ یہ قسم بچوں میں ہوتی ہے، اور ہفتوں یا مہینوں کے دوران میں بار بار مکرر ہوتی ہے۔ ان اصابتوں میں علامات کی ترتیب زمانی بہت کچھ مختلف

ہوتی ہے' اور پرپیورائی ثوران اکثر تاخیر کے ساتھ ظاہر ہوتا ہے اور یہ ہمیشہ نہیں ہوتا کہ یہ زیادہ وسیع ہو۔ اس سے اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ اس میں عدم وجود یا قلت خلیات علقی کیوں مفقود ہوتی ہے ۔ اس کے برعکس درد مفاصل کے جلد واقع ہو جانے سے حادرثیت کی تشخیص ہو جانے کا امکان ہے' اور بہت سی مثالوں میں شکمی علامات نمایاں ترین ہوتے ہیں۔ چنانچہ درد شکم' قے' اور تمدد سے بعض اوقات معوی تسدد (intestinal obstruction) یا التہاب زائدۂ دودیہ کا گمان ہو سکتا ہے۔ یا یہی علامات اور ان کے ساتھ آنت سے نزف اور ایک جس پذیر رسولی اگر بچہ میں ہوں تو انغماد الامعاء (intussusception) کی تشخیص ہو جاتی ہے۔ جب شکمی علامات تنہا موجود ہوں تو شکم شگافی کا عملیہ کر دیا گیا ہے اور مفروضہ انغماد آنت کا ایک ایسا حصہ ثابت ہوا ہے جو انصبابی خون سے در ریختہ تھا۔ ممکن ہے کہ پیشاب میں بہت البیومن ہو' اور خون یا سائک یا خالص خون ممکن ہے ہو یا نہ ہو۔ بہت سی اصابتیں مہلک ہوتی ہیں۔ دوسری اصابتیں شفایاب ہو جاتی ہیں لیکن اُن میں البیومن بولیت مہینوں جاری رہ سکتی ہے۔ رثیتی پرپیورا (rheumatic purpura) میں جو کہ غالباً ہیناک کے پرپیورا کی ایک خفیف شکل ہے حاد مفصلی التہاب نمایاں ہوتا ہے' اور اس کے ساتھ ہی پرپیوری احمرار اور شری ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ التہاب درون قلبہ اور التہاب گرد قلبہ ہوں ۔

تشخیص۔ تشخیص کرتے وقت پہلے پیراگراف میں بیان کئے ہوئے نمشی لو کے تمام ممکن اسباب کو خارج از بحث کر دینا چاہئے۔ اسکروی کی شناخت مسوڑھوں کی اسفنجی حالت' تحت الجلد یا ردائی تصلبات (fascial indurations)' سے ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ خبیث لحم سلعی رسولیاں (malignant sarcomatous growths) نزفی پرپیورا سے کسی قدر مشابہت پیش کریں۔ یہ یاد رکھنا بھی اچھا ہے کہ بعض اوقات غریبوں کے بچے کیک گزیدگی (flea-bites) کے بعد وسیع نمشی ثوران پیش کرتے ہیں۔ یہ دھبے یکساں طور پر آلپین کے سرے کے برابر ہوتے ہیں۔ ضغط النبض پیما نزفی مزاج کے لئے ایک مفید کاشفہ بہم پہنچاتا ہے۔ بازو پر اتنا دباؤ کہ جو نبض کو معدوم کر دینے کے لئے کافی ہو' دو منٹ تک عمل میں لایا

جاتا ہے۔ اگر کاشفہ مثبت ہو تو پیش بازو پر پرپیورا نمودار ہو جاتا ہے، جو کہ بسا اوقات وسیع ہوتا ہے۔

علاج۔ عفونتی مرکزوں کا استیصال کر دینا چاہئے۔ نسبتہً خفیف تر اصابتوں میں، بستر میں آرام، مقوی ادویہ، اور عمدہ سادہ غذا اکثر بہ سرعت شفا بخش ہوں گے۔ جب پرپیورا خاص کر جوارح زیرین کو ماؤف کرتا ہے تو اس صورت میں وہ اکثر مریض کے بستر اختیار کرتے ہی غائب ہو جاتا ہے، اور اگر مریض جلدی کر کے پھر چلنا پھرنا شروع کر دے تو وہ مکرر نمودار ہو جاتا ہے۔ لوہا، سنکھیا، اور کیونین (quinine) معمولی مقداروں میں دیئے جا سکتے ہیں۔ کیلیم کلورائیڈ (انجرین.. ۱ قطرے پانی میں) یا تین سی سی کیلیم گلوکونیٹ (calcium gluconate) کے دروں عضلی اشرابات روزانہ ایک بار مفید ہو سکتے ہیں۔ نیز ۱۰ سی سی مصل کا اشراب کیا جا سکتا ہے (یہ انسانی مصل ہو تو زیادہ پسندیدہ ہے) اور اسے مکرر دیا جا سکتا ہے۔ قلتِ خلیاتِ علقی کا علاج بذریعہ جگر کرنے کی سفارش کی گئی ہے، اس طرح کہ جس طرح متلف عدم دمویت کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے (40)۔

شدید اصابتوں میں نقل الدم مفید ہو سکتا ہے، اور اس مفروضہ کی بنا پر کہ طحال دموی لوحیوں کو تلف کر رہی ہے، طحال کا استیصال کر دیا گیا ہے اور اس سے نفع بخش نتائج حاصل ہوئے ہیں (27)۔ حال ہی میں یہ ادعا کیا گیا ہے کہ ایسکاربک ایسڈ (ascorbic acid) (ملاحظہ ہو اسکروی) کے اشرابات سے تمام اصابتوں میں فائدہ ہوتا ہے، لیکن اگر مزید تجربہ سے یہ صحیح ثابت ہو تو ان نظریات کی نظرِ ثانی کرنی پڑے گی جو کہ پرپیورا کے سبب کے متعلق مانے جاتے ہیں۔

448

نزیفیت

(HÆMOPHILIA)

نزیفیت ایک مرض ہے، جو تقریباً تمامتر مردوں تک محدود ہے اور جس کا ممیز خاصہ ادما ہونے کا رجحان ہے، جو خود بخود ہو یا ضرب سے ہو۔ یہ مرض موروثی ہوتا ہے۔

اور عورت کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے، جو خود اس مرض سے بالکل غیر متاثر ہوتی ہے، اور یہ صرف مرد کو ماؤف کرتا ہے جو کہ "دامی" (" bleeder ") کہلاتا ہے۔ ان امور میں یہ کاذب بیش پرورشی عضلی شللی (pseudo-hypertrophic muscular paralysis) سے مشابہ ہوتا ہے۔

امراضیات ۔ خون کا عرصہ ترویب بہت تاخیر ظاہر کرتا ہے، جو ممکن ہے کہ بڑھ کر چالیس منٹ یا زیادہ ہو جائے۔ لہذا کسی چھوٹے سے نزف کو بھی جو اتفاقاً ہو جائے کوئی چیز نہیں روک سکتی۔ پروتھرامبین (pro-thrombin) کی تکوین تہات تاخیر کے ساتھ ہوتی ہے، گو لوحیے جو پروتھرامبین پیدا کرتے ہیں طبعی تعداد میں موجود ہوتے ہیں اور ان کا التزاق بھی طبعی ہوتا ہے۔ تھرامبوکائنیس (thrombokinase) یعنے فائبرین خمیر کا دوسرا پیش رو بھی کافی مقدار میں موجود ہوتا ہے (2)، لیکن پروتھرامبین کا فائبرین خمیر میں متغیر ہونا بھی نہایت تاخیر کے ساتھ ہوتا ہے۔ اگر ایک استہدافی حالت پیدا کر دی جائے تو عرصۂ ترویب بہت کم ہو جاتا ہے، اور علاج میں اسی سے فائدہ اُٹھایا جاتا ہے۔ قلب اور شرائین کا شحمی انحطاط جو بعض اصابتوں میں پایا جاتا ہے، غالباً ثانوی عدم دمویت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بعض دوسری حالتوں کو نزفیت سے متفرق کرنا ضروری ہے چنانچہ ایک اکتسابی قسم ہے جو کہ تشکل فائبرینوجن کی کمی، قلیل الکلس نزیفیت جس میں پست دموی کیلسیم ہو، اور حقیقی قلت خلیات علقی سے تعلق رکھتی ہے (4)۔ یہ حالتیں ان مونث دامیات کی توجیہ کرتی ہیں جو کہ گاہے ملتی ہیں۔

علامات ۔ یہ عموماً زندگی کے پہلے سال میں ظاہر ہو جاتے ہیں، اگرچہ بعض اوقات ان میں سات یا آٹھ سال تک تاخیر ہو جاتی ہے۔ نہایت شدید درجہ میں ناک، مسوڑھوں، اور دہن سے، اور نسبتہً کم عام طور پر معدے، پھیپھڑوں، یا اعضائے تناسل سے خود بخود نزف واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ان سے پہلے بری کا احساس ہوا کرتا ہے۔ نہایت خفیف سے گلیے، مثلاً چیچک کا ٹیکہ لگانے، دانت اکھاڑنے، پھوڑا چیرنے، یا انگلی کے کٹ جانے کے بعد خطرناک بلکہ مہلک نزفات واقع ہو سکتے ہیں۔ ان نقصانوں کے علاوہ خفیف سی چوٹوں سے جلد کے نیچے بآسانی نزف ہو کر کوفتگیاں یا خونی رسولیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ مفاصل کے زلالی کہفوں اور بالخصوص گھٹنے کے جوڑ میں

نزف ہوجاتا ہے۔ یہ نہایت عام طور پر سات اور چودہ سال کی عمروں کے درمیان ہوتا ہے' اور چوٹوں سے' یا سردی یا رطوبت میں تکشف سے پیدا ہوجاتا ہے۔ جوڑوں کی اِس حالت کے ساتھ تپ بھی ہوتی ہے۔ یہ حالت ممکن ہے اچھی ہوجائے' لیکن پھر بار بار عود کرآتی ہے۔ بالآخر ممکن ہے کہ گرد مفصلی انضمامات کی وجہ سے مفصل جاسی یا مثبت ہوجائے۔ عضلات کا رثیتی عارضہ اور توائمی ثلاثی عصب کا درد (trigeminal neuralgia) کبھی کبھی نزیفیت کی پیچیدگیوں کے طور پر بیان کیا گیا ہے۔

ممکن ہے کہ اداآت کے درمیانی وقفوں میں نزیفیت کے مریض بالکل تندرست نظر آئیں' لیکن خون ضایع ہوجانے سے عدم دمویت پیدا ہوسکتی ہے۔ مریض اکثر آٹھ سال کی عمر تک پہنچنے سے پہلے نقصانِ خون سے ہلاک ہوجاتے ہیں لہذا اگرچہ اس زمانہ کے بعد اُن کی بقائے حیات کے موقعے زیادہ ہیں' ادھیڑ عمر میں بھی اُسی طرح موت واقع ہوسکتی ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار اس پر ہے کہ خون کا عرصۂ ترویب زیادہ پایا جائے۔

علاج۔ سطحی نزف کے لئے بہترین علاج یہ ہے کہ نقطۂ اوماریز بیکار تھکوں کو پونچھکر نکال دینے کے بعد' قدرے تازہ انسانی خون میں بھگوئی ہوئی نرم روئی لگائی جائے۔ لیکن تازہ حیوانی بافت بھی استعمال کی جاسکتی ہے۔ سب سے زیادہ یقینی طریقہ یہ ہے کہ سانپ کا قشب لگایا جائے۔ سائٹریٹ آمیز خون (citrated blood) کا نقل الدم عرصۂ ترویب کو پانچ سے سات دن کے عرصہ کے لئے کم کردیتا ہے۔ فی الحقیقت یہاں تک کہا گیا ہے کہ ہر منزوف کا پانچ یا چھ ممکن الحصول معطیوں کے مقابلہ میں امتحان کرلینا چاہئے تاکہ ناگہانی ضرورت کے وقت اُن میں سے کم از کم ایک تو ہمیشہ دستیاب ہوسکے گا۔ زیادہ مقدار میں خون کے استعمال کی ضرورت نہیں۔ اس کے تبادل کے طور پر سٹریٹ آمیز انسانی پلازما کا نقل الدم کرنا چاہئے۔ اس حالت میں خون کی گروہ بندی کرنے کی ضرورت نہیں۔ جب کبھی کسی عملیہ کی ضرورت لاحق ہو تو ایک ابتدائی نقل الدم عمل میں لانا چاہئے۔ اور یہ تیاری چھوٹے سے چھوٹے عملیہ سے قبل بھی کرنا مناسب ہے۔ دس دن پہلے ۱ سی سی گھوڑے کے مصل کا تحت الجلد اشراب کرکے مریض میں ایک فاعلی استعدادی حالت پیدا کرنا نسبتہً بہت کم یقینی ہے (41)۔

449

عرصہ ترویب میں اُسا کچھ کمی، جگر کی غذا دے کر پیدا کی جا سکتی ہے، جس طرح کہ متلف عدم دمویت (42) میں دی جاتی ہے۔ جب پلازما کی البیومن گلا بیولن نسبت پست ہو (طبعی، بہ مقابلہ)، تو اسے سکاربک ایسڈ (ملاحظہ ہو اسکروی) ۔۔۲ ملی گرام بالغ کیلئے اور ۔۔ املی گرام بچہ کے لئے کامیاب ثابت ہوا ہے (43)۔

اکڑے ہوئے جوڑ کے لئے گرم ہوائی غسل اور ہلکی مالش کام میں لائی جا سکتی ہے۔ کسی معدم حس دوا کے زیر اثر انضمامات کو توڑنے سے عموماً احتراز کیا جاتا ہے کیونکہ اس میں تازہ نزف کے شروع کر دینے کا خوف ہوتا ہے، لیکن یہ عمل بلا ایسا حادثہ ہوئے انجام دیا گیا ہے۔ اس مرض کی خطرناک نوعیت پر اور نسائی صنف کی وساطت سے اس کے منتقل ہونے کے طریقہ پر نگاہ کی جائے تو یہ بدیہی امر ہے کہ وامی خاندانوں کی عورتوں کو شادی نہیں کرنی چاہئے، گو وہ خود نزیفیت کی شکایت نہ رکھتی ہوں۔

نقل الدم

(BLOOD TRANSFUSION)

اس اصطلاح سے یہ مراد ہے کہ ایک تندرست شخص "معطی" (" donor "=) کا خون لے کر اس کا اشراب علاج کی غرض سے ایک مریض "یابندہ" ("recipient"=) کے دوران خون کے اندر کیا جائے۔ طب میں اس علاج کے داعیات حسب ذیل ہیں۔

(۱) سادہ نزف، مثلاً معدی اور اثنا عشری قرحہ، زحیر، تپ محرقہ، بے محل حمل (ectopic gestation) نوزائیدہ کا برازِ دم الاسود (melæna neonatorum)۔ (۲) امراض خون، مثلاً شدید پرپورا، نزیفیت، عدم دمویت، بیض دمویت ۔ (۳) شدید سرایتیں، مثلاً ساری التہابِ دروں قلبہ۔ (۴) شاید بعض تسممات، جیسے کہ مخطور بوریا دمویت۔

وہ طریقے ذرا ناپسندیدہ ہیں جن میں معطی کی شریان یا ورید پر شگاف دینے کی ضرورت لاحق ہوتی ہے، کیونکہ اُن میں معطی کے لئے عفونت کا خطرہ گو خفیف مگر صریح ہوتا ہے۔ اگر ایک چوڑی کھوکھلی سوئی کو براہِ راست وسطی باسلیق ورید کے اندر

داخل کر کے اُس کے ذریعہ سے خون حاصل کیا جائے تو معطی کے لئے کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ سوئی کی نوک کو ایک ارکنساس پتھر پر تیز کرنا چاہئے اور عدسہ یا خردبین کی پست طاقت سے اس کا امتحان کرنا چاہئے۔ "سائٹریٹ طریقہ" ("citrate method") میں سوئی سے خون ربر کی نلی کے ایک چھوٹے ٹکڑے میں سے ہو کر ایک ناپنے کے عقیم ظرف کے اندر آنے دیا جاتا ہے، جس میں تازہ کشید کئے ہوئے پانی سے بنائے ہوئے) سوڈیم سائٹریٹ کے ۳۰۸ فی صدی محلول کے ۱۶۰ سی سی خون کے ۰۰، سی سی کے لئے موجود ہوتے ہیں۔ بازو کے گرد دباؤ کے ذریعہ سے بہاؤ کی شرح زیادہ کر دی جاتی ہے۔ خون کو سارے وقت گرم رکھنا چاہئے۔ تنفیق کے لئے ایک عقیم استوانی قیف استعمال کی جاتی ہے جس میں تھوڑا مالح موجود ہوتا ہے اور ایک ربر کی نلی اور چٹکلی اور سوئی لگی ہوئی ہوتی ہے۔ سوئی کے قریب شیشہ کی نلی کا ایک چھوٹا ٹکڑا حائل کر دیا جاتا ہے تاکہ وہ ایک دریچہ کا کام دے، اور اس کا یقین ہونے کے لئے کہ سوئی ٹھیک مقام پر داخل ہوگئی ہے قیف کو ایک لمحہ کے لئے نیچے جھکا دیا جاتا ہے یہاں تک کہ خون شیشہ کی نلی میں داخل ہو جائے۔ پھر اسے احتیاط سے کر سائٹریٹیڈ خون سے بھر دیا جاتا ہے۔ ایک عقیم شیشی بھی استعمال کی جا سکتی ہے تاکہ معطی سے خون بذریعہ امتصاص نکال کر خفیف دباؤ کے تحت مریض میں داخل کیا جا سکے۔ اگر معطی پر غشی طاری ہو جائے یا وہ شاحب پڑ جائے یا اُسے پسینہ آنے لگے، یا اگر اُس کی نبض ۶۰ سے کم ہو جائے تو خون نکالنا موقوف کر دینا چاہئے۔ فائبرین ربودہ خون کے استعمال سے امید افزا نتائج حاصل ہوئے ہیں، بالخصوص سرایتوں میں۔ معلوم ہوتا ہے کہ سائٹریٹیڈ خون کی نسبت فائبرین ربودہ خون اپنے مانع سمیت یا ضد جراثیم خواص زیادہ حد تک قایم رکھتا ہے۔ سائٹریٹ ملانے کے بجائے، جب خون شیشی کے اندر بہہ کر آتا ہے تو اُس کو ہلایا جاتا ہے، جس سے فائبرین اُس خمیدہ نلی پر تہ نشین ہو جاتی ہے، جو ڈاٹ سے نیچے شیشی کے پیندے میں جا کر پھر اوپر جاتی ہے۔ اس خون کو اشراب کرنے سے پہلے عقیم گازمیں سے چھان لینا چاہئے، تاکہ فائبرین کی چھوٹی چھوٹی دھجیاں خارج ہو جائیں۔ "مناعتی نقل الدم" ("immuno-transfusion") میں معطی کو پہلے سے منیع کر لیا جاتا ہے، یا خون کو

فی الزجاجہ منع کر لیا جاتا ہے۔

بعض احتیاطوں کو عمل میں لانا ضروری ہے۔ معطی کا تعامل واآزرمن دیکھنا چاہئے
اور معطی اور یا بندہ کے خونوں کی موافقت کی تعیین ضروری ہے۔

450 **موافقت** (compatibility)۔ اگر معطی کے خلیئے یا بندہ کے مصل سے
ملتزق نہوں تو یہ کافی ہے۔ آخر الذکر کے خلیات اول الذکر کے مصل سے ملتزق نہ ہوں یہ
ضروری نہیں، کیونکہ معطی کا مصل یا بندہ کے دوران خون میں جلد مُرقق ہو جاتا ہے۔ موافقت
کا امتحان کرنے کے لئے معطی کی انگلی سے خون کا ایک قطرہ سوڈیم سائٹریٹ کے ۱٫۵
فی صدی محلول کی ایک سی سی کے اندر گرنے دیا جاتا ہے، اور حاصل شدہ تعلیق کا
ایک قطرہ ایک خرد بینی شریحہ پر یا بندہ کے مصل کے ایک قطرے میں ملا دیا جاتا ہے اور
پھر اُسے ایک شیشئہ محافظ سے ڈھانک دیا جاتا ہے۔ چند منٹ کے بعد اس شریحہ
کا خرد بینی امتحان التزاق کو دیکھنے کے لئے کیا جاتا ہے۔ افراد کی ترتیب چار گروہوں
میں حسب ذیل کی گئی ہے:۔

	مصل			
	گروہ ۱	گروہ ۲	گروہ ۳	گروہ ۴
خلیات گروہ ۱	-	+	+	+
خلیات گروہ ۲	-	-	+	+
خلیات گروہ ۳	-	+	-	+
خلیات گروہ ۴	-	-	-	-

چنانچہ دیکھا جائے گا کہ اگر گروہ ۲ اور ۳ کے مصل مذخور رکھے جائیں تو کسی دیئے
ہوئے شخص کے خلیوں کا گروہ دریافت کیا جا سکتا ہے۔ گروہ ۴ کے خلیوں کا التزاق کسی

ایک سے بھی واقع نہیں ہوتا، اور اسی واسطے گروہ ۴ کے ارکان ہمیشہ معطیوں کے طور پر کام دے سکتے ہیں، لیکن عموماً زیادہ بے خطر طریقہ یہی ہے کہ معطی اور یابندہ دونوں ایک ہی گروہ کے لیئے جائیں۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ ایک عیار الوقتی کا شغہ (time-control test) قرین مصلحت ہے۔ یابندہ کے مصل کو معروف تاموافقت کے خون سے لیئے ہوئے جسیمات کے ساتھ آمیز کیا جاتا ہے، اور التزاق میں جو عرصہ لگتا ہے اس کو ملاحظہ کیا جاتا ہے۔ یہ آدھ گھنٹہ تک ہوا ہے، اور معطی کے خلیات کو بھی اسی عرصہ تک دیکھتے رہنا چاہیئے۔ ... ایس اتا ۲ کی وہ شرح اموات جو کہ بظاہر موافق خون کے ساتھ واقع ہوتی ہے، اس طریقہ سے کم ہو جاتی ہے (44)۔

خون کا تعامل اور ترشہ سمیت

(REACTION OF THE BLOOD AND ACIDOSIS)

کسی محلول کے تعامل کا انحصار اُس کے ہائڈروجن رواناتی (C_H) اور ہائڈراکسل رَوانات (C_{OH}) کے ارتکاز پر ہوتا ہے۔ جب تعامل تعدیلی ہو تو ہائڈروجن اور ہائڈراکسل روانات کا ارتکاز مساوی ہوتا ہے۔ جب وہ ترشئی ہوتا ہے تو C_H زیادہ اور C_{OH} کم ہوتا ہے۔ جب وہ قلوی ہوتا ہے تو C_H کم اور C_{OH} زیادہ ہوتا ہے۔ دونوں کا حاصل ضرب ہمیشہ مستقل رہتا ہے۔ تعدیلی نقطے اور جسمانی تپش پر یہ C_H، جسے ہائڈروجن کے فی لیٹر گراموں میں ظاہر کیا جاتا ہے، 1.03×10^{-7} ہوتا ہے، جو کہ $10^{-6.87}$ کے برابر ہے۔ شریانی خون کا C_H تقریباً $10^{-7.4}$ ہے، جو $10^{-6.87}$ کی نسبت کم ہونے کی وجہ سے تعدیلیت سے کسی قدر قلوی جانب پر ہوتا ہے۔ اِن امور کو ظاہر کرنے کا جو طریقہ عموماً اختیار کیا جاتا ہے وہ یہ ہے کہ کہا جائے کہ تعدیلی نقطہ پر (C_H)pH کا لوگارتم) ۶٫۸۷ ہے، جب کہ سادگی کی غرض سے علامتِ نفی کو چھوڑ دیا جاتا ہے۔ خون کے C_H کو مندرجۂ ذیل مساوات سے ظاہر کیا جاتا ہے:—

$$C_H = \text{مستقل} \times \frac{CO_2 \text{ کا دباؤ}}{\text{بائی کاربونیٹ کا ارتکاز}}$$

جب کہ CO_2 کا دباؤ خون میں حل شدہ CO_2 کے تناسب سے ہوتا ہے۔ طبعی اشخاص میں شریانی خون میں CO_2 کا دباؤ اس سے ذرا کم ہوتا ہے کہ جتنا پھیپھڑوں کے جوفوں میں CO_2 کا دباؤ ہوتا ہے۔ اس مساوات میں اختلافات بہترین طور پر مندرجہ ذیل جدول میں دیکھے جا سکتے ہیں :-

451

جدول ا۔ ترشہ اساس توازن مختل ہونے کی مثالیں

ا۔ CO_2 کو متاثر کرنے والی۔	۲۔ بائی کاربونیٹ کے ارتکاز کو متاثر کرنے والے۔
(ا) زیادتی۔ زیادہ تکوین :۔ تنفسی کمی اخراج۔ تنفسی مرکز کا مخدرات یا نیند کی وجہ سے پست ہو جانا۔ تنفس میں مداخلت ہونا (قلب یا پھیپھڑوں کے مرض کی وجہ سے)۔ CO_2 میں سانس لینا۔	(ا) کمی۔ ترشے یا امکانی ترشے (یا NH_4Cl $CaCl_2$) بافراط نگلنا۔ ترشوں کی مفرط تکوین :۔ لیکٹک ایسڈ ورزش میں۔ ترشوں کا تاکسد نہ ہونا :۔ بالخصوص ایسٹو ایسٹک ایسڈ کا۔ ترشوں کا التہاب گردہ میں خارج نہ ہونا۔ اساس کا نقصان۔
(ب) کمی۔ زائد تنفس :۔ ارادی، ہسٹیریا میں جذباتی تکرز میں، محیطی ہیجات کے نتیجہ کے طور پر حمیات میں، بلند ارتفاعات پر خالص قلبی بہر میں۔	(ب) زیادتی۔ اساس ($NaHCO_3$) یا امکانی اساس (مثلاً سوڈیم سٹریٹ) بافراط نگلنا۔ ترشہ کا نقصان مثلاً معدی تولونی نالیوں

اگر CO_2 کا دباؤ بائی کاربونیٹ کے تناسب کی حد سے آگے بڑھ جائے تو یہ C_H زیادہ ہو جائے گا۔ بالفاظ دیگر خون غیر طبعی طور پر ترشئی ہوگا۔ یہ حالت ا (ا) میں بتائی ہوئی حالتوں میں پائی جاتی ہے اور اسی کو ترشہ دمویت (acidæmia) کہتے ہیں جیسا کہ ۲ (ا) میں بتایا گیا ہے یہی چیز بائی کاربونیٹ کے ارتکاز کی کمی سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ قلی دمویت (alkalæmia) کی اصطلاح اس کی برعکس حالت کے لئے استعمال کی جاتی ہے جس میں C_H غیر طبعی طور پر کم ہو جاتا ہے۔ جیسا کہ

۱(ب) میں بتایا گیا ہے یہ CO_2 کی کمی سے پیدا ہو جاتی ہے یا جیسا کہ ۲(ب) میں بتایا گیا ہے بائی کاربونیٹ کی زیادتی سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ ایک خفیف حد تک بلند ارتفاعات پر اور زوردار تنفس کی وجہ سے جسم سے CO_2 دھل کر خارج ہو جانے کے بعد پیدا ہوتی ہے (رہے دخانی) (۱ ب) اور بعض اوقات تکزز (tetany) کی حالت میں بھی (ملاحظہ ہو صفحہ 488)۔ یہ قلی کی بڑی مقداریں لینے کے بعد بھی واقع ہو جاتی ہے (۲ ب) جس سے شکر کی برداشت کی کمی اور کیتونیت ہو جاتی ہے۔

اگرچہ CO_2 کا ارتکاز تنفس پر منحصر ہوتا ہے لیکن بائی کاربونیٹ رواں کا ارتکاز خون کے غیر طیران پذیر ترشئی اور اساسی مادوں کا حاصل ہوتا ہے۔ اہم ترشئی مادے یہ ہیں :- آکسی ہیموگلوبن اور مختلف ترشے جو تحول کی اثنا میں پیدا ہوتے ہیں مثلاً کلورائیڈ فاسفیٹ، سلفیٹ اور غیر طبعی ترشے جیسے کہ بیٹا آکسی بٹرک ایسڈ اور اسیٹو اسیٹک ایسڈ۔ اساسی مادے یہ ہیں :- سوڈیم پوٹاشیم، کیلسیم اور میگنیسیم۔ بائی کاربونیٹ جو کہ ان کا حاصل ہے، خون میں CO_2 کی اس مقدار سے ناپا جاتا ہے جو کہ CO_2 کے ایک مقررہ دباؤ یعنی ۴۰ ملی میٹر پر پائی جائے۔ اس کو خون کا قلوی محفوظہ (alkali reserve)، یا ثابت کاربن ڈائی آکسائیڈ (fixed CO_2)، یا دموی بائی کاربونیٹ (blood bicarbonate) کہتے ہیں۔ اس کی طبعی قدر ۳۰ درجہ سینٹی میٹر پر خون کی ہر سی سی میں ۰.۴ اور ۰.۶۵ سی سی کے درمیان ہوتی ہے۔

"ترشہ سمیت" (acidosis) کی اصطلاح کو ابتداءً جسم کے اندر اسیٹو اسیٹک ایسڈ اور بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ کی پیدائش اور پیشاب کے اندر اُن کے اخراج کو ظاہر کرنے کے لئے رائج کیا گیا تھا، جو ذیابطیس میں ہوا کرتا ہے۔ اب اس حالت کو کیتونیت (ketosis) کہتے ہیں۔ نسبتہً حال ہی میں ترشہ سمیت کی اصطلاح کو قلوی محفوظ کی کمی کے مترادف کے طور پر استعمال کیا گیا ہے، خواہ یہ کمی کسی بھی طریقہ سے پیدا ہو گئی ہو۔ لیکن دوسرے مصنفین نے اس اصطلاح کو خون کے C_H کی زیادتی کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کیا ہے، جو ایک بالکل

مختلف چیز ہے۔ اصطلاحات کے اِس خلط ملط کے باعث بہترین یہی ہے کہ ترشہ سمیت کی اصطلاح کو جسم کے اندر ترشہ کی پیدائش کے عمل کو ظاہر کرنے کے لئے، اور قلوی کثرت (alkalosis) کی اصطلاح کو قلی کی پیدائش کے عمل کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کیا جائے۔

مندرجہ بالا تصریحات بُہر کے بعض عام اقسام کے اسباب پر غور کرتے وقت اہمیت رکھتی ہیں۔ نفاخ، دمہ اور شعبی التہاب میں اور رسولیوں کے باعث پیدا شدہ شعبی تسدد میں، جب کہ اِن حالتوں کے ساتھ بُہر موجود ہو، خون کے اندر CO_2 کے اجتماع کے باعث نمایاں ترشہ دمویت موجود ہوتی ہے (جدول میں ۱ ا)۔ ایسی حالتوں میں پھیپھڑوں کی حالت کی وجہ سے، یہ کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) باوجود تنفس کی زیادتی کے خارج نہیں ہو سکتی۔ ممکن ہے کہ اِن میں سے بعض حالتوں میں آکسیجن کی قلت بھی بُہر کی پیدائش میں حصہ لیتی ہو۔ خون کا قلوی محفوظ ممکن ہے تقریباً طبعی رہے، گو یہ اکثر بہت زیادہ ہو جاتا ہے کیونکہ اساس بافتوں سے خون میں منتشر ہو جاتے ہیں۔

مطرانی مرض (mitral disease) کے بُہر میں زیادتی تنفس کی وجہ سے کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) کم ہو جاتا ہے لہٰذا قلی دمویت موجود ہوتی ہے (۱ ب)۔ 452 قلوی محفوظ طبعی ہوتا ہے، بشرطیکہ کوئی نہایت وسیع عام اُذیما موجود نہ ہو۔ آخر الذکر کی موجودگی میں ممکن ہے کہ قلوی محفوظ کم ہو جائے۔

سریریاتی اہمیت رکھنے والی دوسری حالتوں میں ترشہ دمویت موجود ہو سکتی ہے؛ یہ حالتیں کیتونیت، مزمن یا "نہاکتی" یوریا دمویت، اور انشناج (eclampsia) ہیں۔ کیتونیت میں خون کے اندر ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ اور بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ کا اجتماع ترشہ دمویت کا اولی سبب ہوتا ہے۔ یہ مرکز تنفس کو تہیج پہنچاتے ہیں، جس سے تنفس زیادہ ہو کر کاربن ڈائی آکسائڈ مسلسل کر خون سے باہر نکل جاتا ہے، اور ساتھ ہی قلوی محفوظ بھی کم ہو جاتا ہے۔ لیکن کاربن ڈائی آکسائڈ کی کمی تناسب کے ساتھ نہیں ہوتی؛ چنانچہ بالکل ابتدائی درجوں میں C_H میں کچھ زیادتی ناپی جا سکتی ہے۔ آخر درجوں میں تو ملگے آغاز کے زمانہ میں ممکن ہے کہ نہایت شدید

درجہ کی ترشہ دمویت واقع ہوجائے (۲، ا)۔ ذیابیطس کے بیان میں کیتونیت پر مزید غور کیا جائے گا۔ یوریا دمویت، اذیمائی التہاب گردہ، التہاب گردہ اور انشناج کی ترشہ دمویت بھی غالباً ثابت ترشوں کے اجتماع کے باعث پیدا ہوجاتی ہے، بالخصوص فاسفیٹ اور سلفیٹ روانوں کے اجتماع سے۔ یوریا دمویت کے قوما کی ایک اصابت میں (۲، ا) موت سے تھوڑے عرصہ پہلے pH ۷۰۲ء تھا۔ نفاخ کی ایک اصابت میں جس میں کاربن ڈائی آکسائڈ کا احتباس تھا (۱، ا) موت سے چند ہفتے پہلے، جب کہ مریض کامل ہوش میں چلتا پھرتا تھا، pH ۲۴ء۷ تھا۔ پس یہ بہت مشکوک ہے کہ آیا ترشہ دمویت بذاتہ یوریا دمویتی قوما کا سبب ہوتی ہے، کیونکہ نفاخی مریض کا خون زیادہ ترشئی تھا۔ زیادہ اغلب یہ ہے کہ قوما خون میں محبوس شدہ ترشئی اشیاء کی زہریلی نوعیت کے باعث ہوتا ہے۔ اسی نظریہ کا اطلاق کیتونیت پر ہوسکتا ہے، کیونکہ اس حالت میں ایسٹو ایسٹک کے سالمہ کی ساخت سے اس امر کی اچھی شہادت ملتی ہے کہ یہ بذاتہ ایک زہر ہے (Hurtley & Trevan)۔ طبعی حمل میں اور ثانوی منقبض گردے (secondary contracted kidney) میں یوریا دمویت طاری ہونے سے بہت پہلے قلوی محفوظ کی قابل پیمائش کمی واقع ہوجاتی ہے۔ کثیر خلوی دمویت میں اور گیس گنگرین میں اور غالباً مختلف حموی حالتوں میں بھی قلوی محفوظ کم ہوجاتا ہے۔

اگر قے یا معدی قولونی ناسور (۲، ب) کے ذریعہ معدہ سے ترشہ ضائع ہوجائے تو قلوی محفوظ بڑھ کر قلوی دمویت پیدا ہوجاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک ثانوی کیتونیت پیدا ہوجاتی ہے۔ اسی طرح جس طرح کہ قلیاں نگلنے کے بعد اور قلوی دمویت کے باوجود پیشاب ترشئی رہتا ہے (87)، کیونکہ ملح ضائع ہوجاتا ہے (47)۔

خون کے C_H کو نسبتاً تنگ حدود کے درمیان رکھنے کے لئے مختلف میکانیے پائے جاتے ہیں۔ گردوں کی راہ سے ترشہ دو طرح سے خارج ہوتا ہے:۔ (ا)۔ اساسی کے مقابلے میں ترشئی فاسفیٹ کی زیادتی کی وجہ سے پیشاب خون کی نسبت

زیادہ ترشئی رہتا ہے۔ (ب) ایمونیا پیدا ہوتی ہے اور یہ ترشوں کے ساتھ ممزوج ہو کر تعدیلی ملحات بنا دیتی ہے، جو کہ خارج ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ پیشاب کی ایمونیا بڑھ جاتی ہے۔ (ج) قلی بھی گردوں کی راہ سے خارج ہوتی ہے۔ یہ خالص قلبی بھرمیں اور بلند ارتفاعات پر واقع ہوتا ہے، جہاں CO_2 کا دباؤ بیش تنفسی کی وجہ سے گھٹ جاتا ہے (ا، ب)۔ پھر گردوں کی راہ سے قلی ضائع ہوتی ہے اور قلوی محفوظہ کم ہو کر قلوی دمویت گھٹ جاتی ہے۔ (د) قلوی محفوظہ کا C_H کے تغیرات روکنے کا یہ فعل بافتوں سے مدد حاصل کرتا ہے، جو ثابت ترشے اور اساسات لینے اور دینے کی طاقت رکھتی ہیں، بلکہ ثابت ترشے تیار کرنے کی طاقت بھی، مثلاً قلی نگلنے کے بعد کیتون اجسام۔

تشخیص۔ سانس کا پھول جانا ترشہ دمویت کی ایک قیمتی دلالت ہے لیکن یہ امور ذیل کے باعث ہو سکتا ہے:۔ (الف) آکسیجن کی احتیاج (ب) معکوس فعل کے طور پر جو کہ شاید اولی مرض قلب کی حالت میں ہوتا ہے، جس میں تنفسی پمپ، دوران خون کو مدد دیتا ہے۔ (ج) تنفسی مرکز کی مقامی فرانش (د) ترشہ دمویت، خون میں کاربن ڈائی آکسائڈ یا ثابت ترشہ کی زیادتی۔ (الف) مریض میں غالباً کبودی یا زراق ظاہر ہوگا۔ (ب) تنفس تیز ہوتا ہے، اور مرض قلب کے علامات موجود ہوں گے۔ (د) درون جمجمی مرض کے علامات موجود ہوں گے، مثلاً دماغی نزف، اور مریض غالباً بے ہوش ہوگا۔ (ہ) جہاں اولی ضرر شش مفقود ہو، جو غالباً کاربن ڈائی آکسائڈ کی زیادتی کے باعث ترشہ دمویت پیدا کر دیتا ہے وہاں تنفس کی زیادتی غالباً خون کے اندر ثابت ترشہ کی زیادتی کے باعث ہوتی ہے۔ تنفس اکثر آہستہ اور گہرے ہوتے ہیں۔ ثابت ترشہ کی مقدار کا صحیح ترین ناپ قلوی محفوظ کی اثنت تخمین سے معلوم ہوتا ہے، لیکن یہ بمشکل ایک سریری طریقہ ہے۔ تین دوسرے طریقے استعمال کئے جا سکتے ہیں:۔ (۱) پیشاب کے ایک نمونے میں مجموعی نائٹروجن کے مقابلہ میں ایمونیا نائٹروجن کی نسبت کی تخمین کی جاتی ہے۔ طبعی طور پر یہ ۳ تا ۵ فی صدی ہوتی ہے۔ ترشہ دمویت کی شدید اصابتوں میں ۲۰ تا ۴۰ فی صدی کی قدریں حاصل ہو سکتی ہیں۔ (۲) جو فیزی

453 کاربن ڈائی آکسائڈ کی پیمائش کسی آلہ سے کی جاتی ہے، مثلاً فرائی ڈیریشیا کے کاربن ڈائی آکسائڈی تنید گی پیما (Fridericia's CO_2 tensimeter) سے جس میں ایک تخمین تقریباً دس منٹ لیتی ہے۔ (۳) سوڈیم بائی کاربونیٹ کی وہ مقدار معلوم کی جائے، جو پیشاب کو لیتمس کے لئے قلوی بنانے کے لئے براہ دہن دینی پڑے۔ اس کے لئے معمولی اشخاص میں پانچ گرام کافی ہوتے ہیں۔ جب قلوی محفوظہ کم ہوجائے تو نسبتاً زیادہ مقدار کی ضرورت ہوگی، اور اس کی شناخت کے لئے بتدریج بڑھتی ہوئی مقداریں تین تین یا چار چار گھنٹوں کے فاصلوں سے دی جائیں (Sellards)۔

یہ نہایت ضروری ہے کہ کیتونیت کے (جس میں ثابت ترشوں کی نوعیت معلوم ہوتی ہے) اور دوسری حالتوں کے درمیان، جن میں قلوی محفوظ کی کمی اور ترشہ دمویت ہوتی ہے، واضح فرق کیا جائے۔ پیشاب میں فیرک کلورائڈ ملانے سے مہاگنی جیسا بھورا رنگ، اور راتھیرا (Rothera) یا لیگال (Legal) کے کاشفوں سے ارغوانی رنگ ظاہر ہونے سے، نیز سانس میں ایسیٹون کی بو ملنے سے کیتونیت کی تشخیص بہ آسانی ہوسکتی ہے۔ کیتونیت کی موجودگی ہمیشہ جسم کے اندر قابل حصول کاربوہائڈریٹ کی کمی کی وجہ سے نہیں ہوتی، کہ جس سے ترشہ سمیت کا رجحان ہوتا ہے۔ وہ سوڈیم بائی کاربونیٹ کی بڑی مقداریں دینے سے پیدا ہوجاتی ہے، جو قلی دمویت پیدا کردینے کا رجحان رکھتا ہے۔

علاج۔ پہلے بیان کیا گیا ہے کہ یہ مشکوک ہے کہ ترشہ دمویت بذاتہ کس حد تک موت کا سبب ہوتی ہے۔ لیکن جب وہ قلوی محفوظہ کی کمی کے ساتھ موجود ہو تو ہمارے علم کی موجودہ حالت میں اس کا ازالہ کرنا ہی قرین عقل ہے۔ اس مقصد کے لئے سوڈیم بائی کاربونیٹ یا سوڈیم سائٹریٹ ایک ایک ڈرام کی معتادوں میں ہر دوسرے گھنٹے براہِ دہن دیا جاسکتا ہے۔ حاد اصابتوں میں عقیم دو فی صدی سوڈیم بائی کاربونیٹ کا دروں وریدی اشراب کیا جاسکتا ہے۔

جہاں یہ سمجھا جائے کہ سریری حالت خون کے اندر سموم کی موجودگی

کی وجہ سے ہے، وہاں اِن سموم کی پیدائش کو روکنا (ملاحظہ ہو کیتونیت کے تحت)، اور اُن کے اِخراج میں آسانی پیدا کرنا چاہیئے (ملاحظہ ہو ذیابیطسی قوما کا علاج)۔

امراضِ طحال

طحال شکم کے بالائی حصے میں بائیں جانب واقع ہے، اور پسلیوں سے بالکل چھپی ہوئی ہوتی ہے۔ تندرستی میں اُس کے محل وقوع او ضخامت کی تخمین محض بذریعہ قرع کی جاسکتی ہے۔ بائیں زیر بغلی خطے میں نویں، دسویں اور گیارھویں پسلیوں اور مشمولہ فضاؤں میں اصمیت پائی جاتی ہے۔ سامنے یہ اصمیت اُس خط سے محدود ہوتی ہے، جو بائیں ہنسلی سے گیارھویں پسلی کی نوک تک کھینچا جائے، پیچھے وہ تقریباً اُس خط تک پہنچتی ہے، جو عضلہ عریضہ ظہریہ کے اگلے حاشیے کے ساتھ مسلسل ہے۔ جب طحال بڑی ہوجاتی ہے تو وہ نیچے اور سامنے کی طرف پھیل جاتی ہے، اور اگر اس وقت جب کہ مریض گہری سانس لے نویں اور دسویں ضلعی کریوں کے نیچے انگلیاں رکھی جائیں تو طحال کا حاشیہ اُن کے ساتھ ٹکرائے گا۔ اگر کلانی اور زیادہ ہو تو طحالی حاشیہ اس مقام پر واضح طور پر پسلیوں کے نیچے آجاتا ہے، چنانچہ وہ بہ آسانی محسوس کیا جاسکتا ہے، اور کم و بیش شکم کے بائیں بالائی رُبع میں واقع ہوتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں طحال نیچے رُباط پوپارٹ تک پہنچ جاتی ہے اور خط درمیانی کو ناف کے نیچے عبور کرتی ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وہ بائیں جانب اوپر ہی رہے۔ اگلی دیوار شکم میں سے قرع کرنے پر بڑھی ہوئی طحال ہمیشہ اصمیت ظاہر کرتی ہے۔ وہ زیریں پسلیوں کے عین نیچے سے نکلتی ہے اور اگلی دیوار شکم کے تماس میں رہتی ہے۔ بعض اوقات اُس کی کور پسلیوں کے نیچے سے بروز کرتی ہوئی پیچھے کوکھ میں محسوس ہوتی ہے۔ اُس کے اگلے حاشیہ میں اکثر ایک یا دو واضح کٹاؤ ملتے ہیں۔ اگر کلانی بہت زیادہ ہو تو ممکن ہے کہ بائیں جانب میں ایک کھنچاؤ یا وزن کا احساس ہو۔

ممکن ہے کہ انفعات کی تکوین، یا اُس سے پیدا ہو جانے والے گرد طحالی التہاب کی وجہ سے درد موجود ہو، لیکن حمیات کے ساتھ کی کلانیوں میں درد کوئی نمایاں خصوصیت نہیں ہوتی۔ طحال کے لاشعاعی امتحان کے لئے ملاحظہ ہو صفحہ 383-

نسیجیاتی نقطۂ نظر سے طحال ایک لمفی ترتیب رکھتی ہے اور اسکی شریانی رسد یا تو (۱) مالفیجی جسیمات کو جاتی ہے، جو محض چھوٹے لمفائی غدد ہیں، یا (۲) وریدی جوفوں کو اور علیٰ ہذالقیاس وریدوں کو، یا (۳) لُب کو اور پھر دیواروں کے مسامات میں سے ہو کر براہِ راست وریدوں کو۔ وریدی جوفوں میں یا لُب میں داخل ہونے سے پہلے خون هلیلجی نما اجسام میں سے ہو کر گذرتا ہے، جو شرینات پر واقع ہوتے ہیں، اور جن کا فعل دوسرے افعال کے علاوہ یہ ہے کہ وہ مصراعوں کے طور پر عمل کرتے ہیں اور لُب یا وریدی جوفوں سے خون کو شریانی نظام کے اندر واپس نہیں جانے دیتے۔ لب ایک تشبک جال سے بنتا ہے، جس پر کثیر قطبی خلیے اور بڑے امیبائی اکّال خلیے واقع ہوتے ہیں۔ یہ تین عناصر ملکر شبکی دہ حلمی نظام بناتے ہیں۔

طحال کے اہم افعال خون کے اندر کے اجسام غریبہ کی خلوی اکالیت اور بیکار اور خستہ دموی جسیمات کا اتلاف ہیں۔ لیکن طحال دموی حجم کو کم و بیش کرنے کا کام بھی کرتی ہے، اور لبّ میں کے خون کو طحالی وریدوں میں اور اس طرح دورانِ خون میں موقعہ کے لحاظ سے بھیجتی رہتی ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ دورانِ نزف میں، یا دوران ورزش میں یا حرارت میں تکثف ہونے پر (جب کہ تبریدی اغراض کے لئے جلد میں فاضل خون کی ضرورت ہوتی ہے) یا اختناق کے دوران میں طحال سکڑ کر اپنی طبعی جسامت کا پاؤ یا $\frac{1}{6}$ حصہ رہ جائے (25)۔ دورانِ مرض میں طحال کی جسامت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے، جس کی وجہ غالباً یہی کم و بیش کرنے کا فعل ہے۔

اب اُن امراضیاتی تغیرات کا خلاصہ درج کیا جائے گا، جو طحال میں ممکن الوقوع ہیں۔ اُن کے علامات اور علاج کی بحث دوسری جگہ درج ہے :۔

فعّال اِمتلا (active congestion)۔ طحال بہت سے حاد ساری

اعمال میں بڑی ہو جاتی ہے، خصوصیت کے ساتھ تپِ معویہ، حمیٰ ناکسۃ ایگیو (ague)
اور دوسرے ملیریائی حمیات میں؛ ذات الریہ، تقیح الدم، خبیث التہاب مدروں قلب
(malignant endocarditis)، پریپورا، سلِ ریوی اور حاد تدرن میں، حمیٰ نفاسیہ
(puerperal fever)، سرخ بادہ (erysipelas) اور آتشک میں کسیقدر کم کلانی
ہوتی ہے۔ عروقِ شعریہ اور وریدیں خون سے متمدد اور پُر ہوتی ہیں۔ طحالی لب متورم
اور کیسۂ طحال متمدد ہوتا ہے۔ موت کے بعد طحال سیاہ سرخ یا ارغوانی رنگ کی اور نہایت نرم پائی جاتی ہے
اور لب پانی کی رَو سے بآسانی دُھلکر خارج ہو جاتا ہے۔ میئور (Muir) کے خیال کے مطابق طحال میں ساری
اعمال سے حسبِ ذیل نسیجیاتی تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں:۔ لبّ کے خلیوں، بالخصوص
غیر ذرانی زجاجی خلیوں اور درحلمی خلیوں کی شدید تماوی اکالی فعلیت؛ چنانچہ
ان میں کثیر التعداد سرخ خلیے، اور تعدیل پسند سپید خلیے موجود ہوتے ہیں۔
لب میں لبی خلیوں کی موجودگی۔ مالفیجی جسیمات کی بہ ظاہر کلانی اُن کے گرد کے
خلیوں کے تکاثر کے باعث۔

التہابِ طحال (splenitis) اور گردطحالی التہاب (perisplenitis)۔

ان میں سے بعض ساری حالتوں میں مرضی عمل بیش دمویت کے درجہ سے بڑھ کر
حاد التہاب کے درجہ میں پہنچ جاتا ہے، جیسا کہ زیگلر (Ziegler) کی رائے کے مطابق
عروق اور لبّ کے اندر سپید خلیوں کی مقدار کثیر کے ملنے سے ظاہر ہوتا ہے۔
خراجِ عام التہابِ طحال کا نہایت شاذ نتیجہ ہوتا ہے۔ التہابِ طحال کے ساتھ
ساتھ ممکن ہے کہ کیسہ کا التہاب، یعنی التہابِ کیسہ (capsulitis) یا گرد
طحالی التہاب (perisplenitis) ہو، اور اس کے نتیجہ کے طور پر منصلہ اعضا
یا جدارِ شکم کے ساتھ انضمامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ حاد یا مزمن التہابِ کیسہ
بارہا امتحاناتِ بعد الممات میں پایا جاتا ہے، اور اس کا وقوع اکثر، بالخصوص حاد
شکل میں، ساری اعمال کی طرف منسوب کیا جا سکتا ہے۔

سدادی مقعمات (embolic infarcts) ۔ یہ اُن فائبرینی ذرات
کے انعزاز کا نتیجہ ہوتے ہیں، جو قلب کے مصراعوں سے یا اس کے کہفوں میں علقات
سے جُدا ہو گئے ہوں۔ یہ مقعمات فانہ شکل یا مخروطی تودے ہوتے ہیں، جو ممکن ہے کہ

ایک بڑی جسامت حاصل کرکے طحال کا نصف یا دو ثلث حصہ پُر کریں۔ یہی طحالی کلانی کا سبب ہوتے ہیں۔ اِن میں لونی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں جو دوسری جگہ (صفحہ 318) بیان کیے گئے ہیں، اور یہ عفونتی اصابتوں میں قیحی ہوجاسکتے ہیں۔ بیض دمویت اور طحالی عدم دمویت کی طحالوں میں بھی مغمات واقع ہوسکتے ہیں۔

دَرنہ (tubercle)۔ یہ طحال میں عام تدرّن کے جزو کے طور پر رمادی یا اکثر شوخ سرخ گرکھوسا کی شکل میں واقع ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ چھوٹے مٹروں کی جسامت تک پہنچ جائیں، اور جو جرم کے طول و عرض میں اور اُس کی سطح پر منتشر ہوتی ہیں۔ بعض اوقات ایک انچ قطر تک کے بڑے زرد جُبنی تودے پائے جاتے ہیں اور یہ طحالی کلانی پیدا کرسکتے ہیں۔

مزمن کلانی کے دوسرے اسباب۔ ملیریا، کُساحت (rickets)، پیدائشی آتشک، مرضِ ہاجکن، اور احمر دمویت (erythræmia) میں معتدل درجہ کی کلانی دیکھی جاتی ہے۔ آتشکی صمغیہ (syphilitic gumma) شاذ ہوتا ہے، لیکن بیض دمویت میں، بالخصوص گاؤچر (Gaucher) کی قسم کی بیض دمویت میں، رضیعی کاذب بیض دمویتی عدم دمویت (infantile pseudo-leukæmia anæmia) میں کلاں طحالی کہبت (splenomegallic cirrhosis) میں، کالا آزار میں اور مصری کلاں طحالی (Egyptian splenomegally) میں سب سے زیادہ بڑی جسامت ہوجاتی ہے، اور ان سب میں ممکن ہے کہ طحال شکم کے ایک بڑے حصے کو پُر کرے۔ کیسیتی دویرہ اور نزف سے پیدا ہوجانے والے پُرانے دَموی دویرے بھی کبھی کبھی کلاں طحالی پیدا کردیتے ہیں۔ بالآخر بڑی طحالوں کا ایک مختلف الانواع گروہ ہے، جو عدم دمویت کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جس میں سے بہتوں کو طحالی عدم دمویت (splenic anæmia) کا نام دیا گیا ہے۔ اِن کی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے (30):—

455

(۱) کلاں طحالی معہ گرد هلیلجی نما نزفات اور گرهکی جلدیات کے (splenomegally with peri-ellipsoidal hæmorrhages and

nodular siderosis) ۔ تراشیدہ سطح پر متعدد بے قاعدہ شکل کی، لوہا اور روغن مشتمل رکھنے والی، زردی مائل بھوری گرہیں ہوتی ہیں، جو قطر میں ایک الپین کے سرے سے لے کر کئی ملی میٹر تک کی ہوتی ہیں۔ نیز چھوٹے گول یا بیضوی نزفات ہوتے ہیں۔ گرہیں اور نزفات دونوں ملپیلجی نما اجسام کے گرد واقع ہوتے ہیں اور طحالی لب کے اندر ان منتشر بے قاعدہ نزفات سے بہ آسانی متفرق کئے جا سکتے ہیں، جو کلاں طحالی کی تمام اقسام میں عام ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ گرہیں محض نزفات کا آخری نتیجہ ہوں، لیکن اس سے بھی زیادہ اس کا امکان ہے کہ یہ سرایت (ایک فطریت یا ایک سمی شعریہ) کے باعث ہوں (31)۔ (۲) بے صفرا بولی یرقان (acholuric jaundice)، جو پہلے ایک جداگانہ مرض کی حیثیت سے بیان کیا گیا ہے۔ (۳) وہ کلاں طحالی جو کہ طحالی یا بابی وریدوں کی علقبیت کے ہمراہ پائی جائے۔ کلانی کا اولی سبب علقبیت معلوم ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ ورید کی دیوار کے انحطاط یا التھیروما کے باعث ہو۔ طحال لُب کی بڑی بیش پرورش اور ساتھ ہی وسیع منتشر لیفیت ظاہر کرتی ہے۔ (۴) خالص طحالی بلیش پرورش (splenic hypertrophy) جس کے ساتھ لیفیت ہو یا نہ ہو، اور جس سے بوجہ زیادہ دموی اتلاف کے عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ (۵) "لیفی غدی انحطاط" ("fibro-adénie")، جیسا کہ بنٹی (Banti) نے بیان کیا ہے۔ یہ ایک نہایت شاذ حالت ہے بشرطیکہ یہ اس ملک میں ہوتی ہو۔ مرض بنٹی کی اصطلاح کا اطلاق طحالی عدم دمویت کی ان اصابتوں پر کیا جاتا ہے جن میں جگر کچھ عرصہ کے بعد اکھب ہو جاتا ہے۔ (۶) طحال کی شبکی درحلمی بلیش پرورش (reticulo-endothelial hypertrophy) وہ حالت ہے جس میں لُب کے طول و عرض میں اور وریدی جوفوں میں بڑے بڑے درحلمی خلیے منتشر ہوتے ہیں۔ ان اصابتوں کے کچھ تناسب میں مزمن سرایت، فشل قلب اور مزمن بابی کہبت سبب مرض ہوتے ہیں۔ ذیابیطس کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ خلیات میں لپائڈ موجود ہوں۔ جب درحلمی خلیے بہت صریح ہوں تو اس مرض کو عموماً مرض گاؤچر کہتے ہیں، اور بعض اصابتوں میں شبکی درحلمی تکاثر اس قدر افراط کے ساتھ ہوتا ہے کہ

اُس سے حقیقی سلعی تکوین کا گمان پیدا ہوتا ہے۔

مندرجہ ذیل تین شاذ امراض کو شبکی درحلمی نظام کے امراض کے نام سے جماعت بند کیا جاتا ہے۔

گاؤچر (Gaucher) کا مرض۔ طحالی تغیرات کے علاوہ جو کہ اوپر بیان کئے گئے ہیں، شبکی درحلمی جیش پرورش کے مثالی خلیات، لب عظام، لمفی گرہوں اور جگر میں پائے جاتے ہیں، جو کہ نہایت ہی بڑے ہوتے ہیں۔ مرض زمانۂ شیرخواری میں یا بچپن میں غیر محسوس طور پر شروع ہوتا ہے اور نہایت ہی مزمن عمر اختیار کرتا ہے۔ نزف اور عدم دمویت اس سے کم نمایاں ہوتے ہیں کہ جتنے طحالی عدم دمویت میں کہ جس کے ساتھ زمانۂ ماضی میں یہ جماعت بند کیا گیا ہے۔ اوپری غدے بڑھے ہوئے نہیں ہوتے۔ جلد ممکن ہے بھوری ہو اور ملتحمات کی ایک "عجیب زردی مائل فانہ نما دبازت پائی جاتی ہے، جو کہ قرنیہ کے دونوں جانب دکھائی دیتی ہے۔" ہڈیوں پر لمبی تغیرات کا اثر لاشعاعوں کے ذریعہ دیکھا گیا ہے۔ تشخیص کلانی طحال اور دوسری علامات پر منحصر ہوتی ہے۔ طحالی کچوکا ممکن ہے خطرناک ہو۔ طحال برآری نہایت ہی یقینی علاج ہے، لیکن شرح اموات کسیقدر بلند ہے۔

نائی مین اور پک (Niemann-Pick) کا مرض۔ شبکی درحلمی نظام کے بڑے خلیات لپائڈ پر مشتمل ہوتے ہیں اور "کف دار" نظر آتے ہیں۔ یہ مرض تقریباً تمامتر نوعمر یہودی بچوں میں ہوتا ہے، اور زیادہ تر عورت بچوں میں، اور وہ غذا دہی کے اختلالات سے شروع ہو کر جلد ہی خوار اور بین روسرایت سے ہلاکت واقع کر دیتا ہے۔ طحال، جگر اور لمفی گرہیں بڑھی ہوئی ہوتی ہیں بھوری لونیت، عدم دمویت اور معتدل ابیض خلویت موجود ہوتی ہے۔

ھینڈ اور کرسچن (Hand-Christian) کا مرض۔ لپائڈ خلوی اجتماعات خاص طور پر چپٹی ہڈیوں میں واقع ہوتے ہیں، اور جب جمجمہ میں موجود ہوں تو جحوز العین، جو کہ بسا اوقات یک جانبی ہوتا ہے، اور ذیابیطس پیدا کرتے ہیں، جو کہ ایک ممیز علامیہ ہے۔ یہ ابتدائے طفولیت میں واقع ہوتا ہے اور قزمیت،

نزفات، اور کسور عام ہوتے ہیں۔

امراض نظام لمفائیہ

نظام لمفائیہ جن امراض سے متاثر ہو سکتا ہے اُن کی اکثریت عروق لمفائیہ کے اندر کوئی شئے غریب، مثلاً خرد عضویے، سلعی خلیات، یا کوئی ہبادی ذرات، اور بعض امراض کے زہر (جو ممکن ہے کہ بالآخر خرد عضوی نوعیت کے ثابت ہوں) داخل ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس سے یا تو حاد التہاب پیدا ہوجاتا ہے یا غدے میں اُسی نوعیت کا تغیر پیدا ہوجاتا ہے جو کہ شئے غریب کے منبع میں ہوتا ہے۔ ان تغیرات کی مثالیں اس کتاب میں شروع سے آخر تک پھیلی ہوئی ہیں۔ التہاب لمفی عروقی میں لمفی عروق، عفونی زہروں کے نتیجہ کے طور پر ملتہب ہوجاتے ہیں۔ لمفی عروق کا تسدد، بالید کا نتیجہ ہوتا ہے یا حاد یا مزمن التہاب کی وجہ سے انداب ہوجانے کا۔ 456

مرض ہاجکن

(Hodgkin's disease)

خبیث لمفی غدی سلعہ، لمفی ذبابی سلعیت، کاذب بیض دمویت

(LYMPHADENOMA MALIGNA, LYMPHOGRANDLOMATOSIS, PSEUDO-LEUKÆMIA)

ولکس (Wilks) نے اس مرض کو ہاجکن کے نام سے موسوم کیا، جس نے ۱۸۳۲ء میں غدد لمفائیہ کی کلانی کی اصابتوں کا ایک سلسلہ ابتداءً بیان کیا، جس میں طحال کے اندر ایک مخصوص قسم کا جماؤ ہوجاتا ہے۔

بحث اسباب۔ مرض ہاجکن ہر عمر میں ہوتا ہے لیکن ساٹھ سال کے بعد شاذ ہے۔ نصف اصابتیں تیس اور چالیس سال کے درمیان، اور ایک نہائی اصابتیں شیرخواری سے لے کر بیس سال کی عمروں تک ہوتی ہیں۔ بعد تھوڑی

نسبت مرد دو چند مبتلا ہوتے ہیں۔ مرضِ ہاجکن کے لمفی غدی سلعی غدود درنہ سے ماؤف ہوجانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اور یہ دونوں حالتیں زمانہ گذشتہ میں اکثر خلط ملط کر دی گئی ہیں (32)۔

مرضی تشریح۔ ماؤف غدد لمفائیہ تراشنے پر ہلکے رمادی یا رمادی سفید ہوتے ہیں۔ خردبینی امتحان پر ان کے تمثیلی خصائص یہ ہیں:۔ چھوٹے عفریتی خلیے معہ ایک دو یا زیادہ نواتوں کے، ایوسین پسند ابیض خلیے اور لیفیت۔ طحال عموماً معمول کی نسبت بڑھ جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کا وزن تیس اونس

شکل ۵۵۔ مرضِ ہاجکن میں مزمن تپ ناک

تک پہنچ جائے۔ وہ معتدل طور پر سخت ہوتی ہے اور تراشنے پر متعدد سفید یا زردی مائل رسولیاں ظاہر کرتی ہے، جن کا قطر ½ سے ¼ انچ تک ہوتا ہے اور جو اس کے جرم کے طول و عرض میں منتشر ہو کر ایسا منظر پیدا کر دیتی ہیں، جس کیلئے "سخت سنکی ہوئی ٹکیا" ("Hard-bake") کی موزوں تشبیہ استعمال کی گئی ہے۔ یہ رسولیاں ناکلیفی جسیمات سے پیدا ہوتی ہیں۔ ایسی ہی رسولیاں جگر یا گردوں کے اندر، یا لوزتین میں، یا بلعوم معدہ، اور آنت کی جرابات میں منتشر شدہ پائی جاتی ہیں۔ گرہکیں پھیپھڑوں میں بھی موجود ہوتی ہیں، اور پلیورا اور دوسری مصلی اغشیہ کے نیچے بھی نرم گلابی مائل رمادی چپٹے تودے پائے گئے ہیں۔ برنج اور خصیے پر بھی حملہ ہوا ہے۔ اور اکثر لب عظام بھی ماؤف ہو کر ایک سرخی مائل رمادی

نیم متموہ مادہ میں تغیر ہوجاتا ہے، یا زرد، رمادی، یا سفید گرہیں ظاہر کرتا ہے۔

امراضیات - فاعلانہ بالیدگی پانے والے غدد کی تعلیقات کا اشراب درون دماغی طور پر خرگوشوں میں کیا جائے تو ناہم آہنگی اور اس کے ساتھ عضلی تنوازی اور تشنجی چال پیدا ہوتی ہے، اور یہ ایک قیمتی حیاتیاتی کاشفہ ہے، گو کہ مزمن غدد اور ایسے غدد جن کا لاشعاعی علاج کیا گیا ہو منفی نتائج دیتے ہیں (46)۔ یہ امر نہایت عجیب ہے کہ کلب اور ریم کے حیاتیاتی خواص بھی یہی ہوتے ہیں۔ ہاجکن کے غدد کی تعلیقات میں ابتدائی اجسام مثلاً گاؤ چیچک کے پیشینی اجسام (Paschen bodies) دیکھے گئے ہیں، جو ایما کرتے ہیں کہ یہ ایک قشبی مرض ہے۔

علامات - مرض کے خاص سریری خصائص لمفائی غدد کی کلانی اور عدم دمویت ہیں۔ عموماً لمفائی کلانی پہلے واقع ہوتی ہے اور یہ تغیر بیشتر اصابتوں میں عنقی غدد کے اندر شروع ہو کر ازاں بعد بغل اور جنگاسے کے غدد کو ماؤف کر دیتا ہے۔ یہ غدد بے قاعدہ اور مختلف الجسامت گرہکی تودے بنا دیتے ہیں جو کبوتر کے انڈے یا مرغی کے انڈے کے برابر ہوتے ہیں اور بالعموم سخت، عموماً غیر متألم ہوتے ہیں، اور ابتداءً جلد کے نیچے ایک دوسرے پر آزادانہ تحرک پذیر رہتے ہیں۔ بالآخر ممکن ہے کہ وہ باہم منضم ہو جائیں، لیکن ان میں تقیح شاذ ہے۔ واسطی غدد متاثر ہو جاتے ہیں جیسا کہ لاشعاعوں کے ذریعہ پتہ چلتا ہے، اور بعض اوقات واسطی سایہ کا چوڑا ہو جانا مرض کی پہلی شہادت ہوتی ہے (صفحہ ۱۵ ج صفحہ 308)۔ ماساریقی اور خلف الباریطون غدد بھی متاثر ہو جاتے ہیں۔ ان میں سے بہت سے خطوں میں غدد کی بالیدگی ایسی ہو سکتی ہے کہ جس سے متصلہ اعضا پر خطرناک دباؤ پڑ سکتا ہے۔ یہ اعضا یہ ہیں: — گردن میں، حنجرہ، قصبۃ الریہ، اور مری، اور صدر میں، بڑی وریدیں اور بازگرد اعصاب۔ کبھی کبھی ہڈیاں ماؤف ہو جاتی ہیں، لیکن ان میں کسر واقع ہونے کا وہ رجحان نہیں ہوتا جیسا کہ سرطانی حملہ کی حالت میں ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ نخاع پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے، یا بغیر کسی ظاہر سبب کے پافالج (paraplegia) واقع ہو جائے۔

457

بالعموم طحال کی کلانی صرف معتدل درجہ کی ہوتی ہے۔ وہ بائیں ضلعی حاشیہ

قدرے نیچے بروز کر آتی ہے، یا شکم کے بائیں بالائی رُبع میں واقع ہوتی ہے، اور شاذ ہی اُس جسامت کو پہنچتی ہے جیسی کہ لبّی خلوی ابیض دمویت میں دیکھی جاتی ہے۔ ثانوی عدم دمویت، نسبتہً عاجل نمایاں علامت ہے۔ اور شدید اصابتوں میں بوقلموں خلیات اور نوات دار سرخ خلیات دیکھے جاتے ہیں۔ ابیض خلیات تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں، اور جب غدد معمول سے زیادہ نرم ہوں تو وہ فی مکعب ملی میٹر ۵۰۰۰۰ یا ۲۰۰۰۰۰ تک پہنچ جاتے ہیں۔ لیکن عام طور پر یہ زیادتی خفیف ہوتی ہے۔ یہ کثیر الاشکال خلیات کی زیادتی کے باعث ہوتی ہے، جو کہ عام طور پر فی مکعب ملی میٹر ۵۰۰۰ سے اوپر ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 42)۔ اور ایک قیمتی نکتۂ تشخیص ہے۔ لیکن بعض اوقات قلت خلیات ابیض پائی جاتی ہے۔ بعض اوقات جلدی لونیت واقع ہو جاتی ہے، اور یہ کلاہ گردہ کے قشرہ کے فعل میں مداخلت کی وجہ سے ہو سکتی ہے۔ کبھی کبھی شدید خارش (pruritis) مع حکاک (prurigo) کے جو کہ تشخیص کا ایما کرتا ہے، اور نملہ اور جلد کی لمفی غدی سلعی دررینش واقع ہو جاتی ہے۔

تپ۔ جب عمیق غدد ماؤف ہوتے ہیں تو تپ ناکس موجود ہو سکتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۵۵)، جو کہ دیگر ناکس تپوں سے اس امر میں مختلف ہوتی ہے کہ اس مرض میں مدت علالت نسبتہً طویل ہوتی ہے، جو پچاسی فی صدی اصابتوں میں پندرہ اور بیس دن کے درمیان اور ہر انفرادی اصابت کے لئے خاصی مستقل ہوا کرتی ہے [(28) مرض پیل ایبسٹین =Pel-Ebstein's disease)]۔ تپ کا مسلسل ہونا بھی ممکن ہے۔

جلد ہی کسیقدر کمزوری دیکھنے میں آتی ہے، اور جوں جوں مرض ترقی کرتا جاتا ہے عدم دمویت کے اثرات زیادہ نمایاں ہوتے جاتے ہیں۔ ممکن ہے بُہر موجود ہو نیز کچھ عرصہ میں جوارح زیریں کا اُذیما واقع ہو جاتا ہے، اور شاید اُس کے ساتھ ہی استقاء شکمی، تارموری انصباب یا استقاء الصدر ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ دوسرے شدید دموی امراض میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ ناک یا مسوڑھوں سے یا جلد کے نیچے نزفات واقع ہو جائیں۔ ممکن ہے کہ جماؤ تقرح پیدا کر کے جلد میں سے نکل آئیں۔ بالآخر

خستگی، اختصاص، نزف، دماغی اختلال تو یا تشنجات سے، یا ذات الریہ ذات الجنب یا اُذیمائے شش سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ ممکن ہے کہ ہاجکن کے مرض غدد کے ابتدائی درجہ کو درنی کلانیٔ غدد سے تمیز کرنا مشکل ہو جائے، بالخصوص اُس وقت جب کہ بالیدگی غدد کے ایک ہی گروہ تک محدود ہو۔ لیکن درنی غدد باہم اُلجھے ہوئے ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اور مرض ہاجکن میں غدد عموماً علیحدہ علیحدہ ہوتے ہیں۔ درنہ عموماً غدد کے ایک ہی گروہ کو ماؤف کرتا ہے۔ اور مرض ہاجکن میں تغیرات بالآخر وسیع ہوتے ہیں۔ نوایہ (neoplasm) اور غدی بخار (glandular fever) میں جو غدی کلانی واقع ہوتی ہے، اس کو متفرق کرنے کی ضرورت ہے۔ آخر الذکر میں یک نواتی خلویت ہوتی ہے، اور ہاجکن کے مرض میں جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے کثیر الاشکال نواتی ابیض خلویت ہوتی ہے۔ سینہ کا لاشعاعی امتحان اور گارڈن کا حیاتیاتی کاشفہ بھی بیان کئے جا چکے ہیں۔ متذکرہ بالا قسم کی تپش ناکسہ مرض ہاجکن کی تائید میں ایک قوی دلیل ہے۔

علاج۔ بعض اصابتوں میں سنکھیا بہت مفید ثابت ہوئی ہے۔ اُسے بڑھتی ہوئی مقداروں میں دینا چاہئے، یہاں تک کہ لائکر آرسینی کیلس (liquor arsenicalis) کے ۱۵ قطرے روزانہ تین بار لئے جائیں۔ آرسینو بینزال (arsenobenzol) اور نووارسینو بینزال (novarsenobenzol) بھی منفعت بخش ہیں۔ عمیق لاشعاعی علاج کے ذریعہ سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں، فوری نتائج اچھے ہوتے ہیں، اور سب سے پہلے حماؤ غائب ہو جاتے ہیں۔ اگر مریض پہلے چند مہینے زندہ رہتے تھے تو اب وہ چند سال تک زندہ رہتے ہیں۔ گارڈن کے قشب کے ذریعہ جدرینی علاج ابھی تک تجرباتی درجہ میں ہے۔

حوالجات

REFERENCES

1 O. S. Gibbs 1924 *Quart. Journ. Med.*, 17, p. 312.

2 R. V. Christie, G Lovell Gulland and others 1927 *Q. J. M.*, 20, pp. 471-510.

3 J M. H. Campbell 1922 *Brit. Journ. Exp. Path.*, 3, p. 217.

4 C. Price-Jones . 1922 *Journ. Path. and Bact.*, 25, p. 487.

5 C. C. Ungley and G. V. James 1934 *Quart. Journ. Med.*, 3, p. 523

6 A. Goodall 1932 *Lancet*, ii , p. 781.

7 E. Starkenstein . 1928 *Klin. Woch.*, 7, pp. 217, 267.

8 E. Bulmer . 1933 *Lancet*, i., p. 1119.

9 N. H. Fairley and H. H. Scott 1933 *Lancet*, i., p. 75.

10 S. J. Hartfall 1934 *Lancet*, i., p. 620.

11 F. W. Madison and T. L. Squier 1934 Quoted *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 29.

12 A. C. Hampson 1929 Personal Communications.

13 K. Faber .. 1927 Lancet, ii., p. 901.

14 L. J. Witts (Goulstonian Lectures) 1932 *Lancet*, i., p. 495, 549, 653.

15 L. G. Parsons 1933 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 631.

16 A. C. Hampson and E. C. Warner 1930 *Arch. Dis. in Childhood*, 5, p. 299.

17 J. F. Wilkinson and W. Brockbank 1930-31 *Quart. Journ. Med.*, 24, p. 219.

18 R. D. passery . 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, 74, p. 329.

19 A. F. Hurst 1924 *Brit. Med. Journ*, i., p. 93.

20 Review on Diseases of Blood .. 1923 *Med. Sci.*, 8, p. 476.

21 S. C. Dyke 1924 *Lancet*, i., p. 1048.

22 S. P. Bedson 1929 Personal Communication.
23 R. L. Waterfield .. 1928 *Guy's Hosp. Rep.*, 78, p. 265.
24 Mildred Warde .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 599.
25 J. Barcroft .. 1925 *Lancet*, i., p. 319.
26 Review on Blood Circulation, etc. . 1922 *Med. Sci.*, 5, p. 496.
27 G. A. Sutherland and B. Williamson 1925 *Lancet*, i., p. 323.
28 A. J. Hall and J. S. C. Douglas 1922 *Quart. Journ. Med.*, 16, p. 22.
29 H. C. Gram (quoted from) . 1921 *Med. Sci.*, 3, p. 369.
30 J. W. M. Mcnee 1929 *Glasgow Med. Journ.*, 111, p. 65.
31 J. Fawcett and A. G. Gibson 1928 *Lancet*, i., p. 1171.
32 H. D. Rolleston 1925 *Lancet*, ii., p. 1209.
33 L. J. Witts . 1930 *Guy's Hosp. Rep.*, 80, p. 253.
34 R. S. Harrison . 1931 *Guy's Hosp. Rep.*, 81, p. 215.
35. F. L. Knott and W. L. Watt 1930 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 991.
36 J. Bamforth and J. L. Edwards 1933 *Lancet*, i., p. 857.
37 M Maizels and C. B. Arthur . 1929-30 *Quart. Journ. Med.*, 23, p. 171.
38 F. Parkes Weber .. 1933 *Lancet*, i., p. 800.
39 H. L. Tidy 1930 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1073.
40 W. Cramer .. 1929 *Lancet*, ii., p. 1332.
41 W. W. Payne and R. E. Steen 1929 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1150.
- J. W. Pickering 1929 *Lancet*, ii., p. 1239.
A Szent-Gyorgi 1934 Personal Communication.
Venables 1934 *Lancet*, i., p. 108.
R. Marrack (Modified) . 1929 *Lancet*, ii., p. 512.
M. H Gordon . 1934 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 27, p. 1035.
A. McCance . 1936 Goulstonian Lectures.

459

تحول اور اندرونی افراز کے امراض

اساسی تحول

(THE BASAL METABOLISM)

(اساسی تحولی شرح = basal metabolic rate)

یہ طریقہ بالخصوص مشتبہ درقی مرض، اور فرہی میں بیش درقیت اور ناقص درقیت کی تشخیص کے لئے نیز ایک اصابت کی رفتار اور علاج کا اثر ظاہر کرنے کیلئے استعمال کیا جاتا ہے۔ اساسی تحول سے وہ حرارت مراد ہے جس کو ایک فرد وقت کی ایک اکائی میں، معیاری حالات کے تحت خارج کرتا ہے، یعنے اس وقت جبکہ وہ آخری کھانے کے کم از کم بارہ گھنٹے بعد پیٹ کے بل چپ چاپ لیٹا رہے اور کوئی عضلی حرکت نہ کرے۔ زمانہ حال تک یہ قدر اخذ کردہ آکسیجن اور خارج کردہ (CO_2) کی مقدار پر سے بالواسطہ متعین کی گئی ہے۔ زنٹز (Zuntz) اور شمبرگ (Schumburg) کے مندرجہ ذیل اعداد استعمال کئے گئے ہیں اور یہ فرض کیا گیا ہے کہ غذا میں پروٹین معمولی مقدار میں موجود تھی (10):—

تنفسی حاصلات تقسیم (respiratory quotients)	حرارے فی لیٹر آکسیجن (calories per 1 litre of oxygen)
۰٫۷۲	۴٫۶۷
۰٫۷۵	۴٫۷۱
۰٫۸۰	۴٫۷۷
۰٫۸۵	۴٫۸۳
۰٫۹۰	۴٫۸۹

تنفسی حاصلِ تقسیم وہ نسبت ہے جو خارج کردہ (CO_2) کے حجم اور اخذ کردہ

آکسیجن کے حجم کے درمیان ہوتی ہے۔ ان اعداد پر سے اُس فرد کی حرارت کی فی گھنٹہ یا فی چوبیس گھنٹہ برآمد کا حساب لگایا جاتا ہے اور اس کا اُسی جسامت کے طبعی اشخاص کی اوسط پیدائش حرارت کے ساتھ مقابلہ کیا جاتا ہے' یہ فرض کرتے ہوئے کہ اسی عمر اور صنف کے تندرست اشخاص میں حرارت کی برآمد جسمانی سطح سے متناسب ہوتی ہے۔ چنانچہ قد کو سنٹی میٹروں میں اور وزن کو کلوگراموں میں ناپنے کے بعد شکل ۱۵۱ سے سطحی رقبہ مربع میٹروں میں حاصل کیا جا سکتا ہے۔

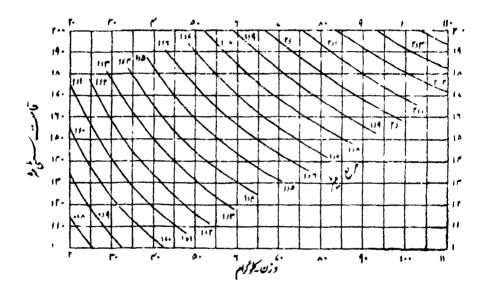
جدول ۲ ۔ طبعی تحول کے معیار

جسمانی سطح کے ہر مربع میٹر کے پیچھے فی گھنٹہ اوسط حرارے (Du Bois) (4)

عمر سال	مرد حرارے	عورت حرارے
۱۴ تا ۱۶	۴۶٫۰	۴۳٫۰
۱۶ " ۱۸	۴۳٫۰	۴۰٫۰
۱۸ " ۲۰	۴۱٫۰	۳۸٫۰
۲۰ " ۳۰	۳۹٫۵	۳۷٫۰
۳۰ " ۴۰	۳۹٫۵	۳۶٫۵
۴۰ " ۵۰	۳۸٫۵	۳۶٫۰
۵۰ " ۶۰	۳۷٫۵	۳۵٫۰
۶۰ " ۷۰	۳۶٫۵	۳۴٫۰
۷۰ " ۸۰	۳۵٫۵	۳۳٫۰

نیز جدول ۲ سے مختلف عمروں کے طبعی مردوں اور عورتوں کی جسمانی سطح کے مربع میٹر کے پیچھے فی گھنٹہ حرارتی برآمد معلوم ہوتی ہے۔ اگر دریافت شدہ قدر حساب لگائی ہوئی قدر سے ۱۰ فی صدی سے زائد اختلاف نہ رکھے تو تحول کو طبعی سمجھنا چاہئے۔

تاہم آدمی میں حرارت کی پیدائش کے حالیہ مطالعہ سے یہ پایا گیا ہے کہ زنتز اور شمبرگ کے اعداد جس نظریہ پر مبنی ہیں (یعنی یہ کہ تنفسی حاصل تقسیم کاربوہائڈریٹ اور شحم کی وہ نسبت ظاہر کرتا ہے جو کہ جسم میں جل رہی ہے) وہ

تجربی واقعات کے ساتھ مطابقت نہیں کرتا۔ بلکہ یہ فرض کرنا پڑتا ہے کہ اساسی حالات کے تحت کاربوہائڈریٹ اور شحم ہمیشہ تقریباً ۱ اور ½ کی مستقل نسبت میں جلتے ہیں، اور یہ کہ بلند حاصلاتِ تقسیم پر کاربوہائڈریٹ شحم میں ہمزمان طور پر تبدیل ہوتا رہتا ہے، اور پست حاصلاتِ تقسیم پر اس کے مخالف تبدیلی ہوتی رہتی ہے۔ اس سے

شکل ۵۷۔ اس خاکہ سے جسم کی سطح کی تعیین مربع میٹروں میں کی جاسکتی ہے اُس وقت جب کہ قد اور وزن معلوم ہوں (Du Bois)۔

یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ بذات خود اساسی تحول کا ناپ ہے، اور آکسیجن جزوی طور پر احتراق سے متعلق ہے اور جزوی طور پر تبدیلی سے۔ کاربن ڈائی آکسائیڈ کو ناپنے کا آسان ترین طریقہ یہ ہے کہ مریض ایک بڑے مقیاس کی وساطت سے (جس کا ایک چکر ۵ الیٹر ناپتا ہو) بیرونی ہوا میں مسلسل سانس لے تاکہ ریوی ترویح حاصل کی جائے۔ اور وقفوں کے ساتھ مخلوط زفیری ہوا کے نمونے لئے جاتے ہیں تاکہ CO_2 کی مقدار فی صدی معلوم کی جائے جس سے کاربن ڈائی آکسائیڈ کی فی منٹ

برآمد کا حساب لگایا جاتا ہے۔ اس کا مقابلہ اس CO_2 سے کیا جاتا ہے جو کہ صفحہ ۲ کی قانون نگارش (nomogram) کو استعمال کرتے ہوئے وزن، عمر اور صنف سے دریافت کی جاتی ہے ایک مستقیم کنارہ دیئے ہوئے وزن سے لے کر دی ہوئی عمر تک خاکے کے وار پار رکھ دیا جاتا ہے، اور وہ اوسط اساسی CO_2 خط کو مطلوبہ عدد پر کاٹتا ہے، اور اس سے ہر چوبیس گھنٹے کے لئے اساسی حرارے بھی معلوم ہو جاتے ہیں جب کہ غذا تجویز کرنی مقصود ہو۔ CO_2 کی طبعی حدود، اس نقطہ سے بائیں طرف اور دائیں طرف افقی طور پر جا کر حاصل ہوتی ہیں۔ تحول قد سے کچھ نسبت نہیں رکھتا (1)
فاقہ کے دوران میں یا اس وقت جب کہ غذائی رسد کم ہو جانے سے قلتِ تغذیہ ہو، اساسی تحول میں کمی پیدا ہو جاتی ہے۔

ذیابیطس شکری

(DIABETES MELLITUS)

ذیابیطس شکری وہ مرض ہے جس کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ پیشاب میں شکر (گلوکوز یا ڈیکسٹروز) مسلسل خارج ہوتی رہتی ہے۔ اس مرض کا سبب جزائرِ لنگر ہانس کا ناقص فعل ہے جس کا موزوں علاج یہ ہے کہ انسولین کا باقاعدہ استعمال کیا جائے۔ شکر کے اخراج یعنی شکر بولیت (glycosuria) کے ساتھ اکثر پیشاب بھی بڑی مقداروں میں آتا ہے (کثرتِ بول) اور یہی علامت جو ایک نمایاں علامت ہے، ذیابیطس کی وجہ تسمیہ ہے (ذیابیطس ایک یونانی لفظ ہے جس کے معنی "بیچ میں سے گذر جانا" ہے)۔ کثرتِ بول بلا شکر بولیت بھی بہت سی حالتوں میں پیدا ہو جاتی ہے، جن میں سے ایک خاص شکل، جس کو ملیخ ذیابیطس (diabetes insipidus) کہتے ہیں، آئندہ بیان کی جائے گی۔

بحث اسباب۔ ذیابیطس شکری کی بہت سی اصابتوں میں کسی تہیجی عامل کا پتہ نہیں چلتا۔ لیکن بعض متعین عاملات ایسے ہیں جو مرض کے

قانون نگارش اساسی تحول دریافت کرنے کے لئے۔

اسے ہمارے پیمانہ پر ایک جاکہ دوسری جگہ شائع کیا گیا ہے (54)۔

(بالمقابل صفحہ 460)

461

حملہ کے لئے ساز گار ہوتے ہیں۔ ذیابیطس یہودیوں میں بہت پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ موروثی ہو، یا اسی خاندان کے بھائیوں اور بہنوں میں ہو۔ موروثی ذیابیطس نہایت خفیف ہو سکتا ہے، لیکن اکثر وہ متوالی نسلوں میں زیادہ خطرناک ہو جانے اور نسبتہً ابتدائی عمر میں شروع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ ذیابیطس کا حملہ اکثر موٹے اشخاص میں ہوتا ہے، جو کھاتے زیادہ اور ورزش کم کرتے ہیں۔ اس واسطے یہ مرض بالخصوص متمول اشخاص کا ہے۔ اس حقیقت کی توجیہ اس طرح کی جا سکتی ہے کہ بسیار خوری تحول کی زیادتی پیدا کرتی ہے، جس سے لبلبہ اور دوسرے اعضا پر زیادہ بار پڑ جاتا ہے۔ ذیابیطس اور نقرس کے ایک ساتھ پائے جانے کی توجیہ بھی غالباً اسی واقعہ سے ہوتی ہے کہ یہ ہر دو امراض بسیار خور اشخاص میں ہوا کرتے ہیں۔ چنانچہ وسط یورپ کی سلطنتوں میں جنگی غذا نے اس مرض پر گہرا اثر کیا اور موٹے عمر رسیدہ اشخاص کی شکر بولیت جاتی رہی۔ محاصرۂ پیرس میں بوکارڈاٹ (Bouchardat) نے بھی اس حقیقت کا مشاہدہ کیا۔ غالباً گوشت کے راتب کی تخفیف سب سے زیادہ اہم عامل تھا۔ ایک نہایت عام خیال یہ ہے کہ ذیابیطس ہونے کا امکان اُن لوگوں میں زیادہ ہوتا ہے جو شکر اور مٹھائیاں بے حد کھاتے ہیں، لیکن اعداد و شمار اس کا ثبوت بہم نہیں پہنچاتے۔ ہندوستان میں خفیف شکل کے ذیابیطس کا پھیلا ہوا ہونا غالباً فربہی کے ساتھ وابستہ ہے، جس کا جزوی سبب کاربوہائڈریٹ پر مشتمل غذا کی کثرت اور ورزش کی قلت یا عدم موجودگی ہے۔ ممکن ہے کہ دوڑ دھوپ کی زندگی، اعصاب پر بار اور جذباتی صدمہ اس مرض کے حملہ میں نمایاں حصہ لیتے ہوں۔ یہ امر کیانن (Cannon) کے مشاہدات کے باعث خاص طور پر دلچسپ ہے اور وہ یہ ہیں کہ حیوانات میں جذبات نے سر گردوں کی تحریک پیدا کر کے بیش شکر دمویت پیدا کر دی، نیز یہ کہ اُن طلبا کو جو امتحانات میں شریک ہوئے یا جو کسی اہم جسمانی آزمایش میں مثلاً اپنے کالج کی طرف سے کھیل میں شریک ہونے والے تھے، اکثر شکر بولیت کی شکایت تھی۔ گراہام (Graham) نے خود اپنی حالت میں دیکھا کہ . . اگرام ڈیکسٹروز

لینے کے تیس منٹ بعد دموی شکر بڑھ کر ۱۵ء۰ فی صدی ہوگئی، لیکن جب کچھ عرصہ سخت محنت کا کام کرایا گیا جب کہ تعطیل کی ضرورت تھی اور اس کے بعد بھی امتحان عمل میں لایا گیا تو دموی شکر کی مقدار ۱۸۵ء۰ پائی گئی اور نصف گھنٹہ تک اتنی ہی رہی۔ جحوظی گائٹر (exophthalmic goitre) کے بعد بھی حقیقی ذیابیطس ہوگئی ہے۔ حاد سرائت بھی ایک سبب معتد ہے، خواہ یہ سرایت عمومی ہو یا بالخصوص لبلبہ کے قرب وجوار میں محدود المقام رہ کر التہاب لبلبہ پیدا کردے۔ شکر کی کم برداشت اور شکر بولیت اُن عفن حالتوں میں بھی پائی جاتی ہے، جن کو بعض اوقات گندیدہ خونی شکر بولیت (sapræmic glycosuria) کہتے ہیں اور تذکرہ کے قابل ہے۔ عفن حالت دفع ہوجانے پر یہ شکر بولیت بھی جاتی رہتی ہے۔ آتشک بھی ایک ممکن سبب ہے۔ زندگی کے آخری عاشوروں میں ایک ہلکے قسم کی ذیابیطس کا ہونا عام ہے۔ شاید اتھیرومایا شیخوخی شریانی تغیرات یا منتشر بیش تکوینی صلابت (hyperplastic sclerosis) جزائرلنگر ہانس میں کوئی نقص پیدا کردیتے ہیں، اور یہ خفیف درجہ کے اس نقص سے مشابہ ہوتا ہے جو کہ صلابت الشریانی گردے (arterio-sclerotic kidney) کی حالت میں گردے کی اخراجی قوت میں واقع ہوجاتا ہے۔ ذیابیطسی گنگرین میں ممکن ہے کہ ذیابیطس اور گنگرین ہردو کا ایک اولی عروقی سبب ہو۔ لیکن اس میں کوئی شبہ نہیں کہ گنگرین شکر بولیت کو بڑھادیتی ہے، جو عملیہ کے بعد اکثر زائل ہوجاتی ہے۔ لیکن اس کا عکس بھی درست ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ انسولین سے گنگرین رفع ہوجائے۔ ضرب کے بعد بھی ذیابیطس ہوجاتا ہے، نہ صرف اُس ضرب سے جو لبلبہ کے مقام پر ہو، بلکہ اُس سے بھی جو دور دراز مقامات پر ہو، مثلاً ایک مکسور جارحہ (fractured limb) سے۔ سر کے تضررات بھی شکر بولیت پیدا کرسکتے ہیں۔ یہ غالباً کلاڈ برنارڈ کے "وخزی ذیابیطس" ("puncture diabetes") سے متماثل ہوتے ہیں (آگے ملاحظہ ہو)۔

کاربوہائیڈریٹ کے تحوّل کی فعلیات۔ جسم کے کاربوہائیڈریٹ محفوظات گلائکوجن کی شکل میں مذخور ہوتے ہیں، جو جگر اور عضلات میں

تقریباً مساوی طور پر منقسم ہوتی ہے ۔ گلائکوجن غذا کے کاربوہائڈریٹس اور پروٹینز سے بنتی ہے ۔ آخرالذکر معاء سے امینو ایسڈز کی شکل میں جذب ہوتے ہیں، اور وہ نظام جسم کے ذاتی پروٹینز کی تالیف کے لئے استعمال میں آتے ہیں، یا پھر امینو ربائی کے بعد ان کی فی الفور تکسید ہو جاتی یا ان سے گلائکوجن بن جاتی ہے ۔ کاربوہائڈریٹس بھی ہضم سے ٹوٹ پھوٹ جاتے ہیں اور ڈیکسٹرینس (dextrins) کی شکل میں اور مقابلۃً سادہ اشیاء جیسے کہ ڈیکسٹروس (dextrose) اور لیویولوس (lævulose) کی شکل میں جذب ہو سکتے ہیں ۔ یہ سب احشام وریدالباب کی راہ سے جگر میں چلے جاتے ہیں ۔ جگر ڈیکسٹرینس اور لیویولوس کو تمام تر اخذ کر کے ان سے ہی گلائکوجن بنالیتا ہے ۔ لیکن اگر لیویولوس کی بہت بڑی مقداریں کھائی گئی ہیں تو اس میں سے کچھ حصہ جگر کے پار نکل کر عام دوران خون میں داخل ہو جاتا ہے اور پھر گردہ اسے فی الفور خارج کر کے لیویولوس بولیت (lævulosuria) پیدا کر دیتا ہے ۔ یہی حالت جگر کے مرض میں بھی پیدا ہو جاتی ہے، کیونکہ جگر ان حالات میں لیویولوس کی اس مقدار کو روکے رکھنے کے ناقابل ہوتا ہے، جسے وہ معمولی حالت میں بالکل آسانی کے ساتھ نبٹا سکتا ہے ۔ ممکن ہے کہ ڈیکسٹروس کا کچھ حصہ جگر میں رکا رہ جائے لیکن اس کا کچھ حصہ تو یقیناً اس کے پار نکل کر عام دوران خون میں چلا جاتا ہے، کیونکہ ایک تندرست شخص کے خون میں شکر کی مقدار غذا کے بعد فوراً زیادہ پائی جاتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۵۰) ۔ چنانچہ نظامی خون کو ڈیکسٹروس کی رسد دو منبعوں سے پہنچتی ہے :۔

(۱) غذا سے، اور یہ تغیر پذیر رسد ہوتی ہے ۔ (۲) جگر کی گلائکوجن سے اور یہ غالباً خاصی مستقل رسد ہوتی ہے، اور اس گلائکوجن کی شکست وریخت وہاں غالباً ایک نشاپاش خمیر کے ذریعہ واقع ہوتی ہے ۔ ناشتہ سے پہلے خون میں ڈیکسٹروز کا ارتکاز عموماً ۰.۰۸ اور ۰.۱۰ فی صدی کے قریب ہوتا ہے ۔ یہ مستقل ایک تو جگر سے ڈیکسٹروس برابر بنتی رہنے کی وجہ سے اور دوسرے ساختوں کے اندر اس کے غائب ہو جانے کے باعث برابر قایم رہتی ہے ۔ ساختوں میں یا تو ڈیکسٹروس کی تکسید ہو کر اس سے کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) اور پانی بن جاتا ہے، یا اس سے

462

اور زیادہ پیچیدہ مرکبات تیار ہوتے ہیں، جن میں سے ایک عضلات کی
گلائکوجن ہے۔

اِنسولین، جو جزائر لنگر ہانس کا افراز کردہ ہارمون ہے، ان اعمال کی
حقیقی طور پر حصہ لیتی ہے، اگرچہ کہ اس کا فعل پیچیدہ ہوتا ہے۔ اس پر
دو نقطہ ہائے نظر سے بہترین طور پر غور کیا جا سکتا ہے:۔ (۱) محیط میں انسولین
ہوئے خون سے ڈیکسٹروس کو غائب کر دیتی ہے، کیونکہ اگر یہ ذیابیطس کے کسی
مریض کو دے دی جائے تو اس کے بازو کے وریدی خون میں شکر کی فی صدی
مقدار اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی شریانی خون میں، درآں حالیکہ انسولین دینے
سے پہلے دونوں قدریں تقریباً مساوی ہوتی ہیں (5)۔ غائب ہو جانے والی شکر
کا کچھ حصہ تو کالبدی اور قلبی عضلات کے ذریعہ متاکسد ہو جاتا ہے، اور کچھ حصہ
عضلات کے اندر گلائکوجن بن جاتا ہے (6) اور غالباً شحم میں تبدیل ہو جاتا ہے۔
(۲) اس کی مرکزی یا حشائی تاثیر جگر پر دو طریقوں سے ظاہر ہوتی ہے:۔
(الف) حاد ذیابیطس میں تشحم الدم ہو کر جگر میں چربی کی زیادتی ہو جاتی ہے،
غالباً اس لئے کہ کاربوہائڈریٹ نہ ملنے کی وجہ سے چربی گوداموں میں سے منتقل
کر کے جگر میں جمع کر لی جاتی ہے تاکہ وہ کام میں لائی جائے (7)۔ یہاں وہ غالباً
کاربوہائڈریٹ میں تبدیل کر لی جاتی ہے جس سے اس پست تنفسی حاصل تقسیم کی توجیہ
ہوتی ہے جو شدید اصابتوں میں پایا جاتا ہے، اور اس تبدیلی میں ایسیٹو ایسیٹک
(aceto-acetic) اور بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ (β-oxybutyric acid) پیدا
ہو جاتے ہیں (کیتونیت) (8)۔ انسولین اس عمل کو روک دیتی ہے، کیتونیت
اور تشحم الدم نابود ہو جاتے ہیں، اور جگر سے چربی غائب ہو جاتی ہے، اور تنفسی
حاصل تقسیم بلند ہو جاتا ہے۔ (ب) ذیابیطسی جگر میں معمول کی نسبت کم
گلائکوجن موجود ہوتی ہے، کیونکہ یہ جگر سے خارج ہو کر خون میں چلی جاتی اور بیش
شکر دمویت پیدا کر دیتی ہے جو کہ خوب متعارف ہے۔ شدید ذیابیطس میں خون
کے اندر ۰.۴ یا ۰.۶ فی صدی ڈیکسٹروس کا ارتکاز ملنا شاذ نہیں ہے۔ انسولین
جگر کے اندر گلائکوجن کا احتباس پیدا کر دیتی ہے، چنانچہ کبدی شحم کی کمی کے ساتھ ساتھ

گلائکوجن زیادہ ہوتی جاتی ہے۔ یہ نتیجہ ممکن ہے کہ اس وجہ سے حاصل ہوتا ہو کہ انسولین جگر کے نشاپاش خمیر کے فعل کو روکتی ہے، جو اس کی عدم موجودگی میں حد سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ چنانچہ دموی شکر کا یکایک کم ہو جانا، جو انسولین کا نہایت نمایاں سریری اثر ہے، جزءً (غالباً محض خفیف طور پر) تکسید کے باعث ہوتا ہے اور جزءً عضلات میں اس کے مذخور ہونے کے سبب سے اور اس واقعہ کے سبب سے کہ جگر سے شکر کی وافر رسد موقوف ہو جاتی ہے۔ اس کے ساتھ ہی یہ ہے کہ اگر کوئی کاربوہائڈریٹ غذا کے طور پر لیا جاتا ہے تو وہ کچھ تو جگر میں گلائکوجن کی صورت میں مذخور ہو جاتا اور غالباً کچھ چربی میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر بیان کی دلیل یہ ہے کہ متعدد مشاہدین نے تنفسی حاصل تقسیم کا ایک ارتفاع احتراق کی کسی نمایاں زیادتی کے بغیر پایا ہے، جو کہ ضرور واقع ہوتی اگر لی ہوئی شکر میں سے بیشتر جل جاتی۔ مندرجہ ذیل مشاہدہ ظاہر کرتا ہے کہ انسولین کی وساطت سے شکر کا مذخور ہونا ممکن ہے کہ محض ایک عارضی امر ہو۔ ایک مریض کو انسولین کے ۱۰۰ اکائیوں کی ایک منفرد بڑی مقدار غلطی سے دے دی گئی، اور اس کا اثر زائل کرنے کیلئے اُسے فی الفور براہ دہن کاربوہائڈریٹ کے ۱۱۰ گرام، ڈیکسٹروس اور روٹی کی شکل میں دئے گئے۔ یہ دو روز تک بافتوں کے اندر محبوس رہے اور پھر انسولین کا اثر زائل ہو جانے کے بعد بڑی حد تک پیشاب میں خارج ہو گئے (9)۔

لبلبی قلت کا ابتدائی درجہ (ملاحظہ ہو صفحہ 409)، جس میں ڈیکسٹرنس اور نشاپاش خمیر جگر سے خون میں داخل ہو جاتے ہیں دوسری جگہ مذکور ہے۔

تین دوسرے بیتفاتی غدد، یعنے سرگردے، درقیہ اور نخامیہ جزائر لنگرہانس سے مخالف سمت میں عمل کرتے ہیں، کیونکہ اُن کو تحریک پہنچانے سے خون میں کی شکر زیادہ ہو جاتی ہے۔ سرگردے دوران خون کے اندر ایڈرینین (adrenin) داخل کرتے ہیں اور یہ جگر میں پہنچ کر گلائکوجن کو توڑ کر اُس سے ڈیکسٹروس بنا دیتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ اس عمل کے وقوع کے لئے ضفیرہ کبدی کا صحیح و سالم رہنا ضروری ہے۔ درقیہ غالباً سرگردوں کو تحریک پہنچا کر اپنا فعل کرتا ہے۔ کلاڈ برنارڈ کا دماغی بطین چہارم کا انثقاب، حشائی اعصاب کے ذریعہ سرگردوں کو تحریک پہنچا کر

بیش شکر دمویت پیدا کر دیتا ہے ۔

ذیابیطس شکری کی امراضیات ۔ ۲۰۰ سال سے زائد عرصہ سے ذیابیطس شکری لبلبہ کے مرض کے ساتھ وابستہ سمجھا جاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اس کی بعض اصابتوں میں لبلبہ صریحاً مرضی تھا ۔ ۱۸۸۹ء میں وان میرنگ (Von Mering) اور منکوسکی (Minkowski) نے ایک جانور کے لبلبہ کا استیصال کرکے اس مرض کو تجربۃً پیدا کر دیا۔ حال ہی میں ایلن (Allen) نے تبلادیا ہے کہ اگر ایک کتے کے لبلبہ کے ⅞ حصے نکال دئے جائیں تو خفیف ذیابیطس پیدا ہوجاتا ہے، اور اگر ۹/۱۰ حصے نکال دیئے جائیں تو یہ ذیابیطس شدید درجہ کا ہوتا ہے، اور مزید برآں یہ بھی تبلادیا ہے کہ وہ بافت جو اہم ہے جزیری ہوتی ہے، نہ کہ غنیمی۔ تجربی مرض کے سریری خصوصیات انسانی ذیابیطس شکری سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں، اور شدید اصابتوں میں کیتون بولیت موجود ہوتی ہے اس وقت جب کہ غذا میں چربی زیادہ ہو۔ حال ہی میں ایک حالت ذیابیطس کے برعکس بیان کی گئی ہے، جس میں جزیری خلیات کی ایک خود رو بیش بالیدگی ہو کر اس سے قلیل شکر دمویت کے علامات بار بار پیدا ہوئے ۔ جزئی لبلبہ برآری کے بعد اس حالت میں اصلاح ہو گئی ۔

تجربی ذیابیطس میں باقی ماندہ جزائر کے اندر نسیجیاتی تغیرات بالکل مخصوص و ممیز ہوتے ہیں۔ خلیات میں استسقا ہو جاتا ہے (Weichselbaum) اور اب ان میں ان کے ممیز ذرات موجود نہیں ہوتے (Bensley)۔ وہ خستہ اور درماندہ نظر آتے ہیں، کیونکہ جزیری بافت کی قلت کی وجہ سے انھیں کام حد سے زائد کرنا پڑا ہے۔ انسانی اصابتوں میں لبلبہ امتحان بعد الممات میں اکثر طبعی نظر آتا ہے اور کوئی صریح نسیجیاتی تغیرات نہیں ہوتے۔ دقت یہ ہے کہ لبلبہ موت کے بعد بہ سرعت تحلیل ہو کر خراب ہو جاتا ہے، مزید برآں یہ کہ اگر اصابت زیادہ مدت کی ہو تو جزائر کے وہ نسیجیاتی تغیرات جو حاد اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں غائب ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں، کیونکہ خلیات بتدریج مردہ ہوتے جاتے ہیں۔ تاہم ایلن بیان کرتا ہے کہ جب وہ کافی احتیاط سے کام لیتا ہے تو خردبینی امتحان سے ہمیشہ ذیابیطسی اور غیر ذیابیطسی

لبلبہ میں فرق کر سکتا ہے، بشرطیکہ بافت تازہ ہو۔ اس سے یہی نتیجہ حاصل ہوتا ہے کہ ذیابیطس اور جزائر لنگرہانس کے درمیان ایک واضح تعلق ہے۔

امراضیات ذیابیطس کے متعلق اس خیال کی ایک حیرتناک تصدیق ۱۹۲۲ء میں ایف۔ جی بینٹنگ (F. G. Banting) اور اُن کے رفیق کار سی۔ ایچ بیسٹ (C. H. Best) کی عہد آفریں تحقیق سے ہوگئی۔ پہلے ہل کتے کے لبلبہ سے، قناۃ کو باندھنے کے چند ہفتے بعد، انسولین کی تفریق کی گئی۔ اس کارروائی سے عُنیبی خلیات میں انحطاط پیدا ہوگیا لیکن جزیری خلیات صحیح و سالم رہے۔ بالآخر مسلخ سے حاصل کردہ معمولی لبلبہ سے، الکحل کے ساتھ کسری ترسیب کے ذریعہ انسولین تیار کرنے کا ایک طریقہ عمل میں لایا گیا، اور یہی طریقہ بعض ترمیمات کے ساتھ آج کل کام میں لایا جاتا ہے۔

تندرست شخص میں معمولی امتحانات سے پیشاب میں کوئی شکر نہیں مل سکتی، لیکن مخصوص طریقوں سے امتحان کرنے پر پیشاب میں ہمیشہ ۰۱ء۔ فیصدی تک شکر پائی گئی ہے۔ جب دموی شکر زیادہ ہو کر تقریباً ۱۸ء۔ یا ۲۰ء۔ فی صدی تک پہنچ جاتی ہے تو گردہ ڈیکسٹروس کو ایسی مقداروں میں خارج کرتا ہے جن کی شناخت بآسانی کی جاسکتی ہے۔ اسکو دھلیز کلوی (threshold of the kidney) کہتے ہیں۔ حقیقی ذیابیطس کے مریضوں کی دہلیز کلوی کم ہو سکتی ہے یا زیادہ۔ اول الذکر حالت میں گو خون کے اندر کی فی صدی مقدار علاج سے گھٹ کر طبعی درجہ پر ہو گئی ہو تاہم شکر پھر بھی خارج ہوتی رہتی ہے۔ آخرالذکر حالت میں جب کہ دموی شکر کی فی صدی مقدار ہنوز زیادہ (مثلاً ۳۰ء۔ فیصدی) ہو، شکر کا اخراج موقوف ہو جاتا ہے۔

جیکبسن کے دموی شکری برداشت کے منحنی (Jacobsen's blood sugar tolerance curves) تشخیص میں اہمیت رکھتے ہیں۔ علی الصباح خالی معدے کی حالت میں ڈیکسٹروس کی ایک خوراک دیجاتی ہے، اور دموی شکر کی تخمین پہلے سے اور بعد میں مقررہ وقفوں کے بعد کی جاتی ہے۔ پیشاب جمع کر لیا جاتا ہے اور اگر اس میں کوئی شکر ہو تو اس کی تخمین کر لی جاتی ہے۔ گیارہ

طبی طالب علموں کو ۵۰ گرام ڈیکسٹروس دینے کے بعد ڈاکسٹر ڈبلیو۔ ڈبلیو۔ پین (Dr. W. W. Payne) کو جو نتائج حاصل ہوئے وہ شکل ۸۵ میں تبلائے گئے ہیں۔ الف سارے گروہ کا اوسط منحنی ہے، ب پست ترین منحنی ہے، اور ج بلند ترین منحنی ہے۔ آخر الذکر حالت میں پیشاب کے اندر شکر کا ایک شائبہ خارج ہوا۔ تینوں منحنیوں میں دموی شکر ڈیڑھ گھنٹہ میں گھٹ کر تقریباً نقطۂ آغاز پر آگئی لیکن ثانوی ارتفاعات بھی نظر آرہے ہیں۔ یہ طریقہ کلوی ذیابیطس کی اصابتوں کے گروہ کو حقیقی ذیابیطس شکری سے علیٰحدہ کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 460) (84)۔ اس گروہ میں شکری برداشت کا منحنی طبعی ہوتا ہے، اگرچہ مریض مسلسل شکر خارج کرتے رہتے ہیں۔ ذیابیطس میں دموی شکر اکثر معمول کی نسبت زیادہ سرعت کے ساتھ مرتفع ہوتی ہے اور اس کا یہ ارتفاع نسبتاً زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے، اور ابتدائی لیول پر واپسی میں بہت تاخیر ہوجاتی ہے۔ اسے شکل ۸۵ میں ب، ج، اور د منحنیوں سے ظاہر کیا گیا ہے، جو ذیابیطس شکری کے مختلف شدتوں والے مریضوں سے حاصل کئے گئے ہیں۔ مقابلہ کی غرض سے الف منحنی بھی شامل کرلیا گیا ہے، جو طبعی طالب علم کا منحنی ہے، جو شکل ۸۵ کے اوسط منحنی سے نہایت قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ دیکھا جائے گا کہ ذیابیطس کی حالت میں یہ منحنیات زیادہ بلند ہونے کا رجحان رکھتے ہیں لیکن اس سے بھی زیادہ ممیز امر وہ طویل عرصہ ہے جو ان کے گر کر نقطۂ آغاز تک پہنچنے میں صرف ہوتا ہے۔ یہ عرصہ ہمیشہ ڈیڑھ گھنٹے سے زائد ہوتا ہے۔ گلوکوس کی صحیح معتاد جو بچوں میں استعمال کرنی چاہئے اس کے لئے ملاحظہ ہو صفحہ 6)۔ 464

ذیابیطس کی خفیف اصابتوں میں جنہیں بعض اوقات غذائی شکر بولیت (alimentary glycosuria) کے نام سے یاد کرتے ہیں صرف کاربوہائڈریٹ کی غذا کھانے کے بعد ہی پیشاب میں شکر خارج ہوتی ہے۔ لیکن زیادہ شدید اصابتوں میں غذا کو تمام کاربوہائڈریٹس سے مبرا کردینے کے بعد بھی شکر مسلسل خارج ہوتی رہتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ وہ پروٹینز سے اور غالباً

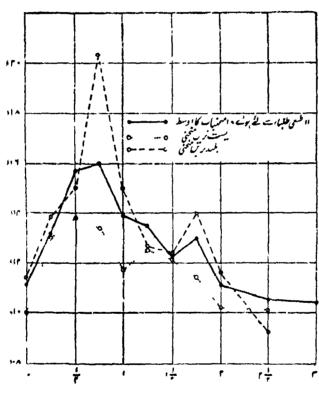
چربی سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔

شکر کے سریری کاشفات:۔ بینیڈکٹ کے کیفی کاشفہ (Benedict's qualitative test) میں ایک امتحانی نلی کے اندر مشتبہ پیشاب کے تین یا چار قطروں میں (جس کا انحصار قطرہ کی جسامت پر ہے) محلول بینیڈکٹ[۱]

شکل ۵۰۷۔ دموی شکری برداشت کے طبی منحنی

کے ۲ سی سی شامل کر دیئے جاتے ہیں۔ اس آمیزہ کو گرم کر کے خوب جوش دیا جاتا ہے

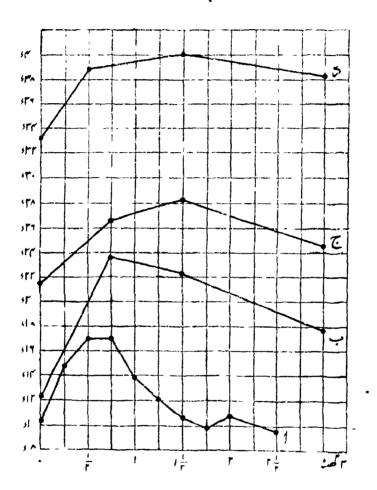
---

[۱] اس امر کی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ وہ محلول نہ دیا جائے جو بینیڈکٹ کے کمّی امتحان کیلئے مخصوص ہوتا ہے اور جس سے اُبالنے پر ایک خفیف المقدار سپید سفوف حاصل ہوتا ہے بشرطیکہ شکر موجود ہو۔

اور یہ عمل ایک دو منٹ تک جاری رکھا جاتا ہے، اور پھر آمیزہ کو خود بخود ٹھنڈا ہونے دیا جاتا ہے۔ اگر گلوکوز موجود ہے تو یہ آمیزہ از سرتاپا ایک رسوب سے بھر جائے گا جو ممکن ہے کہ سرخ، یا زرد یا سبزی مائل ہو۔ اگر شکر کی مقدار ۰.۳ فی صدی سے کم ہے تو یہ رسوب صرف ٹھنڈا ہونے پر ہی بنتا ہے۔ اگر شکر موجود نہیں ہے تو یہ محلول بالکل صاف رہتا ہے۔

فینائل ھائڈریزین کا کاشفہ (phenylhydrazine test)- ایک امتحانی نلی تقریباً ½ انچ تک فینائل ہائڈریزین ھائیڈروکلورائیڈ (phenylhydrazine hydrochloride) سے، اور دوسرے ½ انچ تک سوڈیم ایسیٹیٹ (sodium acetate) سے بھر لی جاتی ہے۔ پھر اس امتحانی نلی کو پیشاب سے آدھا بھر لیا جاتا ہے، اور پھر سب کو ایک پن جنتر میں پندرہ سے لے کر ساٹھ منٹ تک (جس کا انحصار موجودہ شکر کی مقدار پر ہوتا ہے) گرم کیا جاتا ہے۔ اسے ٹھنڈا ہونے دیا جاتا ہے۔ زرد ثفل کا امتحان کیا جاتا ہے، جس سے خوردبین کے نیچے باریک قلمی سوئیوں کے گٹھے نما جھنڈ (فینائل گلوکوسازون) ظاہر ہوں گے، جو ۲۰۵ درجہ سینٹی گریڈ پر پگھل جاتے ہیں۔

تخمیری امتحان (fermentation test)- اگر لہن کی (جسے دھو کر نشاستہ یا شکر سے مبرا کر لیا جائے) تھوڑی مقدار پیشاب میں شامل کر کے اسے چند گھنٹوں کے لئے ایک طرف رکھ دیا جائے تو تخمیر کی وجہ سے گلوکوز، الکحل اور کاربونک ایسڈ میں تبدیل ہو جائے گا۔ اب اس کی کثافت نوعی کو دیکھنا چاہئے اور مثنی نمونہ کے پیشاب کی کثافت نوعی کے ساتھ اس کا مقابلہ کرنا چاہئے جس کو ان کے بغیر مماثل حالات کے تحت رکھ دیا گیا ہو۔ یہ دیکھا جائے گا کہ کثافت میں کمی واقع ہوئی ہے جو کہ تلف شدہ گلوکوز سے تناظر ہے۔ چنانچہ کثافت نوعی کے فرق کو ۰.۲۳ سے ضرب دینے سے شکر کی فی صدی مقدار حاصل ہو جاتی ہے۔ اگر امتحانی نلی کو پورا بھر کر ایک طشتری میں الٹ دیا جائے تو کاربونک ایسڈ گیس، جیسے جیسے کہ وہ بنتی ہے، نلی کے بالائی حصہ میں جمع ہوتی جائے گی اور پیشاب کو وہاں سے ہٹا دے گی۔

465

تقطیب نما۔ ڈیکسٹروس تقطیب کے مستوی کو دائیں طرف پھیر دیتی ہے۔ اس میں بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ کی موجودگی خلل انداز ہوتی ہے، جو چپ گرداں ہوتا ہے۔

شکل ۸۵۔ ذیابیطس میں دموی شکری برداشت کے تین منحنی
(بیان کے لئے متن ملاحظہ ہو)

مغالطات۔ خواہ شکر موجود نہ بھی ہو، مرتکز پیشاب کے اندر گلائیکیورانک ایسڈ، یورک ایسڈ، پیورک ایسڈ، کریٹینن اور ہوموجینٹسک ایسڈ کی موجودگی

تھوڑی سی ترجیع (reduction) واقع کر سکتی ہے ۔ اسیواسطے خفیف ترجیع شکر کی موجودگی پر اس وقت زیادہ دلالت کر سکتی ہے جب کہ پیشاب کی کثافت نوعی پست ہو بہ نسبت اُس حالت کے جب کہ یہ بلند ہو ۔ کثافت نوعی کو محسوس طور پر بلند کرنے کے لئے بہت سی شکر موجود ہونی چاہئے ۔

گلا ئکیوُ رانک ایسڈ ہمیشہ کسی دوسری شئے کے ساتھ جڑ جاتا ہے جو کہ پیشاب میں خارج ہوتی ہے ۔ یہ مارفیا، کلوروفارم کے بخار، کلورل، بیوٹائل کلورل، کافور، کوپیبا، کباب چینی، سیلی سیلک ایسڈ، اور ٹینک ایسڈ کے استعمال کے بعد پایا جاتا ہے ۔ ڈیکسٹروس کے علاوہ دوسری شکریں بھی پیشاب میں مل سکتی ہیں ۔ لیو یوُلوز خارج ہو سکتی ہے، ڈیکسٹروس کے ساتھ، اور تنہا بھی ۔ اُس کی موجودگی سے کبدی قلت (hepatic deficiency) کا احتمال پیدا ہوتا ہے ۔ اُس سے ترجیعی اور تخمیری کاشفات حاصل ہو جاتے ہیں، لیکن اُس کی تفریق اُسکی چپ گردانی سے اور سیلی وناؤ کے کاشفہ (Seliwanow's test) سے کی جا سکتی ہے ۔ ۴ سی سی پیشاب اور اسی سی کاشف سیلی وناؤ (Seliwanow's reagent = ریسارسن ۵ گرام، ہائڈروکلورک ایسڈ، جس کی کثافت نوعی ۱٫۱۹۵ ہو، ۳۰ سی سی، آب کشیدہ ۳۰ سی سی) کے آمیزے کو ایک پن جنتر کے اندر چند منٹ تک گرم کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ وہ اُبلنے لگے ۔ اگر لیو یوُلوز موجود ہے تو اِس محلول کا رنگ سرخ ارغوانی ہو جاتا ہے، لیکن تنہا ڈیکسٹروس رنگ کا کوئی ایسا تغیر نہیں پیدا کرتی ۔ کاذب لیو یوُلوز (pseudo-lævulose) (ایسو گلائکیو رانک ایسڈ = iso-glycuronic acid) بھی یہی رنگ پیدا کر دیتی ہے ۔ لیکٹوز دودھ پلانے والی عورتوں میں ملتی ہے اور اُن شیر خوار بچوں میں جنہیں معدی معوی التہاب (gastro-enteritis) کی شکایت ہو ۔ اُس سے ترجیعی کاشفہ حاصل ہو جاتا ہے مگر تخمیری کاشفہ نہیں حاصل ہوتا اور وہ راست گرداں ہوتی ہے ۔ فینائل ہائڈریزین سے امتحان کرنے پر اُس سے قلمی سوئیاں حاصل ہوتی ہیں جو کروی جھنڈوں کی صورت میں ہوتی ہیں اور ۲۰۰ درجہ سینٹی گریڈ پر پگھل جاتی ہیں ۔ جن پھلوں میں ارابنوز (arabinose) موجود ہو (یعنے چیریز cherries: پلمس

plums اور سیب) اُن کے کھانے کے بعد پیشاب میں پنٹوس (pentose) خارج ہوسکتی ہے۔ خود رُو پینٹوس بولیت (pentosuria) تحول کی ایک شاذ خرابی ہے، جو پروٹینی درآمد کی تحدید سے کم ہوجاتی ہے۔ پینٹوس تانبے کی ترجیع کردیتی ہے، لیکن اُس میں تخمیر نہیں ہوتی اور اُس سے بیال کا آرسینی کا شفہ (Bial's orcin test) حاصل ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ اصابتوں کے کچھ تناسب میں لبلبہ خالی آنکھ سے صریحاً مرضی نظر آتا ہے۔ اکثر اُس میں ذبول یا تلیف ہوجاتا ہے، یا یہ دونوں بیک وقت موجود ہوتے ہیں۔ اور ان حالات میں جو دوسرے تغیرات ملتے ہیں وہ حسب ذیل ہوتے ہیں:۔ غدے کے بڑے حصوں کا متغیر ہوکر شحمی بن جانا، تقیح، نزف، سرطان، قناتوں میں سنگ، اور دُوپرے۔ نسیجیاتی تغیرات پر اس سے پہلے غور کیا گیا ہے۔ بہت سی اصابتوں میں، بالخصوص اُن میں جو تھوڑی مدت کی ہوں، دوسرے اعضا کے بعد الممات مظاہر طبعی حالت سے بہت کم مختلف ہوتے ہیں۔ زیادہ پُرانی اصابتوں میں وہ امراضیاتی تغیرات پائے جاتے ہیں جو پیچیدگیوں کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ اکثر گردوں کی کلانی پائی جاتی ہے اور زیادہ مدت کی اصابتوں میں اُنبوبی خلیات گلائکوجن کی ورریزش اور ترویبی تنخر ظاہر کرتے ہیں، جو کیٹونیت کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ خالی آنکھ کو جگر میں کوئی غیر معمولی بات نظر نہیں آتی، الاّ خون لونیت یا ذیابیطس اسمر (diabéte bronzé) کی شاذ اصابتوں میں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 394)۔ خون بعض اوقات ایک عجیب گلابی یا اسٹرابیری جیسا رنگ ظاہر کرتا ہے، اور ایک طرف رکھنے پر اُس کی سطح پر ایک ملائی جیسی تہ جمع ہوجاتی ہے۔ اِس حالت کو تشحم الدم (lipæmia) کہتے ہیں۔ لیکن اِس ملائی جیسی تہ کو بنانے والے ذرّات یقیناً اصلی چربی کے ذرات سے مختلف، اور لیسی تھین (lecithin) اور گلابیولین (globulin) سے بنے ہوئے ہوتے ہیں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 981)۔ خون کی حالت دورانِ زندگی میں شبکیتی عروق میں شناخت کرلی گئی ہے، چنانچہ شرائین اور اوردہ دونوں قعرِ چشم کے مرکز میں سامن مچھلی کے رنگ کے اور محیط میں ملائی کے رنگ کے ہوتے ہیں

(شبکیتی تشحم الدم= lipæmia retinalis) ۔ وہ متسع ہوتے ہیں اور ایک دوسرے سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں ۔

کیتونیت (ketosis)۔ جب کاربوہائیڈریٹس کی قلت ہو یا آخر الذکر کام میں نہ لائے جاسکیں، تو غالباً غذائی شحم اور جسمانی شحم کاربوہائیڈریٹ میں تبدیل ہوجاتی ہے، اور اس کے ساتھ ہی اُس شحم سے ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ، (جس کو غلط طور پر ڈائی ایسیٹک ایسڈ کہتے ہیں) $CH\ COOH=CH_3\ COH$ بنتا ہے (8)۔ یہ ایک زہری شئے ہے، اور غالباً بڑی حد تک جگر کے اندر ترجیع کے ذریعہ بے ضرر بی۔ آکسی بیوٹائیرک ایسڈ، $CH_3\ CHOH\ CH_2\ COOH$ میں تبدیل ہوجاتی ہے، اور گردے طبعی طور پر ان دونوں اشیا کو تلف کردیتے ہیں، مگر اس عمل میں متضرر ہوجاتے ہیں (41) تھوڑا ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ، کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) کے ایک سالمہ کے نقصان سے ایسیٹون (acetone) $CH_3CO\ CH_3$ میں تبدیل ہوجاتا ہے۔ یہ تینوں اشیا خون اور پیشاب میں ظاہر ہوتے ہیں، اور مزید برآں ایسیٹون سانس میں بھی خارج ہوتا ہے۔ اس حالت کو کیتونیت کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 451)۔ یہ دورانِ فاقہ میں ظاہر ہوتی ہے، نیز اُس وقت جب کہ غذا میں کاربوہائیڈریٹس کی قلت ہو، بالخصوص اگر چربی حد سے زائد ہو۔ اور شدید قئے، جیسے کہ دوری قئے (cyclical vomiting)، اور دورانِ حمل کی متلف قئے کی حالت میں۔ حموی اور ضعفی حالتوں (cachectic conditions) میں۔ اور ما بعد عدم حسیت (post-anæsthetic) یا "کلوروفارم کے آجل تسمم" ("delayed chloroform poisoning")، تسمم فاسفورس، حاد اصفر ذبول (acute yellow atrophy) اور ارتشاج (eclampsia) میں جو سب کے سب جگر کا مرکزی تنخر، شحمی تغیرات کے ساتھ ظاہر کرتے ہیں۔ تندرست اشخاص میں سوڈیم بائی کاربونیٹ کی بڑی مقداریں لینے کے بعد۔ اور ذیابیطس شکری میں جب ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ خون کے اندر ایک بلند ارتکاز پر پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ قوما پیدا کر کے ہلاکت پیدا کردے۔ یہی شدید ذیابیطس میں اور عرصہ تک قئے ہونے کے بعد بھی واقع ہوسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 841)۔ شدید

467

ذیابیطس کی ایک اطالت پذیر اصابت میں مریض کے تحول کے ساتھ جسمانی شحم بڑی حد تک غائب ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ کیتونیت بھی تقریباً غائب ہو جائے، لیکن مریض فاقہ یا خوار سے ہلاک ہو جاتا ہے۔

کیتونیت کیلئے سر بری کاشفات۔ قارورے کے بیٹا آکسی بیوٹارک ایسڈ (β-oxybutyric acid) کے لئے کوئی لونی کاشفہ نہیں ہوتا۔ گرہارٹ کا کاشفہ (Gerhardt's test)، جو ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کے لئے مستعمل ہے، یہ ہے کہ پیشاب میں فیرک کلورائڈ (ferric chloride) شامل کر دینے سے ایک پورٹ وائن (port-wine) جیسا رنگ حاصل ہو جاتا ہے۔ گرم کرنے سے یہ غایب ہو جاتا ہے۔ یہ کوئی زیادہ نازک کاشفہ نہیں ہے۔ اسے اُس مماثل تعامل سے متمیز کرنا چاہئے جو سیلی سلیٹس (salicylates) لینے کے بعد بھی حاصل ہو جاتا ہے، لیکن آخر الذکر صورت میں گرم کرنے سے رنگ غایب نہیں ہوتا۔ سوڈیم نائٹروپروسائڈ (sodium nitroprusside) کے ساتھ ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ اور ایسیٹون دونوں سے دو کاشفات حاصل ہوتے ہیں، لیکن وہ اول الذکر کے لئے اُس سے تقریباً بیس گنا زیادہ حساس ہوتے ہیں کہ جتنے آخر الذکر کے لئے۔ لیگال کے کاشفہ (Legal's test) میں پیشاب کے اندر سوڈیم نائٹروپروسائڈ کی ایک چھوٹی قلم یا اُس کے تازہ تیار کئے ہوئے محلول کے چند قطرے ٹپکا دیئے جاتے ہیں، اور پھر قدرے کاسٹک سوڈا (caustic soda)۔ ایک شاہ دانہ جیسا سرخ رنگ پیدا ہو جاتا ہے جو جلد ہی ماند پڑ جاتا ہے۔ اب ایسیٹک ایسڈ کی وافر مقدار ملا دینے سے ایک قرمزی سرخ (carmine-red) یا نسبتہً گہرا ارغوانی رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ روتھیرا کے کاشفہ (Rothera's test) میں پیشاب میں جامد ایمونیم سلفیٹ کے ساتھ سوڈیم نائٹرو پروسائڈ کی ایک قلم اور ایمونیا کی وافر مقدار شامل کر دی جاتی ہے، جس سے بتدریج ایک ارغوانی رنگ نمودار ہو جاتا ہے۔ ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کے لئے سب سے زیادہ حساس کاشفہ یہی ہے۔

یہ کاشفات کیتونیت کی موجودگی ظاہر کرنے کے لئے تو نہایت عمدہ ہیں، لیکن اُس کی مقدار ظاہر کرنے کے لئے (جس سے یہ دریافت ہو سکے کہ آیا ذیابیطس کے

مریض کو قوما ہونے کو ہے یا نہیں) چنداں کارآمد نہیں۔ اس کا ایک سبب یہ ہے کہ جب قوما ہونے کے قریب ہوتا ہے تو فشارِ خون کے سقوط کے ساتھ گُردوں کی اخراجی قوت زائل ہونا شروع ہوتی ہے، جس سے پیشاب کے اندر ان اشیا کی مقدار بھی کم ہوجاتی ہے اور اِس کے بالعکس یہ خون کے اندر جمع ہوجاتے ہیں۔ ان کا یہی اجتماع ہے جس سے خطرے کی مقدار کا اندازہ ہوتا ہے۔ اِس کے تین طریقے حاصل ہیں جن سے فائدہ اُٹھایا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 452)۔ مجموعی نائٹروجن سے ایمونیا نائٹروجن کی نسبت کی دریافت اور ۵ گرام سوڈیم بائی کاربونیٹ براہ دہن دینے کا کاشفہ اس سے پہلے کافی طور پر بیان ہوچکا ہے۔ جوفیزی کاربن ڈائی آکسائڈ والے طریقہ (alveolar CO_2 method) کا انحصار اِس حقیقت پر ہے کہ طبعی کاربن ڈائی آکسائڈ کی قدریں ۵ء۴ اور ۲ء۶ فی صدی کے درمیان ہوتی ہیں، اور یہ مردوں کی نسبت عورتوں میں کسیقدر پست تر ہوتی ہیں۔ ذیابیطس میں ۲ فی صدی قدر کے یہ معنے ہیں کہ اگر اصلاح واقع نہ ہوئی تو ممکن ہے کہ چوبیس گھنٹے کے اندر قوما طاری ہوجائے۔ مریض کی جوفیزی کاربن ڈائی آکسائڈ ۳ اور ۴ فی صدی کے درمیان ہو تو ممکن ہے کہ وہ بہت دنوں بلکہ چند ہفتوں تک زندہ رہے۔ خراب سے خراب تر حالت میں اُسے تین یا چار دن سے پہلے قوما نہیں طاری ہوگا۔ یہ پہلے ہی بیان کیاگیا ہے کہ کاربن ڈائی آکسائڈ کی وہ تخفیف جو زیادتی تنفس کی وجہ سے واقع ہوتی ہے، ایک ایسی میکانیت ہے جو خون میں کے ثابت ترشے (fixed acid) کی زیادتی کی تعویض کرتی ہے، اور یہ خون کے ہائڈروجنی رواں کے ارتکاز کا حد سے زیادہ ارتفاع ہونے کو روکتی ہے۔

علامات۔ ذیابیطس کے حملہ کا آغاز اکثر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ مریض محض بتدریج محسوس کرتا ہے کہ وہ معمول کی نسبت زیادہ سیال پیتا ہے اور زیادہ پیشاب کرتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ اُسے پیشاب میں کوئی تبدیلی ہونے کے بجائے کمزوری اور لاغری کی شکایت ہو۔ بعض اصابتوں میں حملہ کا آغاز حاد ہوتا ہے اور مریض کو وہ ٹھیک تاریخ یاد ہوسکتی ہے جب کہ اُسے پہلے پہل تشنگی محسوس ہوئی تھی۔

زیادہ شدید قسم کی اصابت میں، جس کا آغاز حاد طور پر ہو یا ایک نسبتہً خفیف اصابت بڑھ کر زیادہ شدید ہو گئی ہو، ممیز علامات علاج نہ ہونے کی صورت میں جلد ہی ایسے ممتاز ہو جاتے ہیں کہ ان کے متعلق مغالطہ کا احتمال نہیں رہتا۔ وہ علامات یہ ہوتے ہیں:۔ تبول بار بار اور زیادہ مقدار میں ہونا، شدید تشنگی، عموماً بھوک کا بہت زیادہ لگنا، جسمانی کمزوری، اور دُبلا پن۔ بعض اوقات بھوک بے انتہا زیادہ ہوتی ہے، لیکن دوسری اصابتوں میں وہ بہت کم متاثر ہوتی ہے، اور اکثر آخر میں زائل ہو جاتی ہے۔ دہن اور لب خشک ہو جاتے ہیں، زبان سُرخ، کچی اور "گائے کے گوشت جیسی" ہو جاتی ہے، اور مُنہ کا مزا عموماً میٹھا ہوتا ہے۔ بالعموم ہضم اچھا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض غذا کی بڑی مقداروں کو ہضم کرنے میں کوئی دقت محسوس نہ کرے۔ آنتوں میں عموماً قبض ہوتا ہے۔ جلد کمزوری اور خشک ہوتی ہے۔ اسی کے ساتھ ساتھ تغذیہ بہت شدت کے ساتھ متاثر ہوتا ہے، اور مریض بسرعت لاغر ہو کر بے انتہا کمزور ہو جاتا ہے۔ وہ دماغی محنت پر راغب نہیں ہوتا اور اُس کی طبیعت پست اور مزاج چڑچڑا ہو جاتا ہے۔ جوفیزی ریمی سیلان کی وجہ سے دانت ڈھیلے پڑ کر ہلنے لگتے ہیں۔ مردوں کی قوت رجولیت اکثر زائل ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ عورتوں میں حیض کا آنا موقوف ہو جائے۔

408

پیشاب کی مقدار زیادہ ہو کر روزانہ ۵ یا ۱۰ لیٹر ہو جاتی ہے اور خارج شدہ شکر ۵۰۰ گرام سے اوپر اور اس کا ارتکاز ۱۰ فی صدی تک ہوتا ہے۔ اس قدر شکر کی موجودگی کی وجہ سے پیشاب کی کثافت نوعی بڑھ کر ۱۰۴۰ یا ۱۰۵۰ تک پہنچ جاتی ہے۔ پیشاب عموماً پھیکے زرد رنگ کا یا تقریباً پانی جیسا ہوتا ہے۔ اُس کی بو سوکھی گھاس جیسی میٹھی میٹھی اور مزہ بھی میٹھا ہوتا ہے۔ تعامل تُرشئی ہوتا ہے۔ اس میں ایسیٹون، ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ اور بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ موجود ہوتے ہیں۔

ذیابیطس کی خفیف اصابتوں کو بعض اوقات "غذائی شکر بولیت" کے نام سے یاد کرتے ہیں، لیکن دموی شکر کی برداشت کے منحنیات سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ حقیقی ذیابیطس کی ایک قسم ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ شکر بولیت صرف ایک ایسی کثیر المقدار غذا کھانے کے بعد ہی پائی جائے جس میں نشاستہ بہت موجود ہو۔

پیاس نہیں ہوتی؛ اور ممکن ہے کہ شکر کی روزانہ خارج شدہ مقدار ۵ گرام سے نیچے ہو۔ ممکن ہے کہ علامات موجود نہ ہوں، مگر مریض اکثر محسوس کرتے ہیں کہ پیشاب کا حجم بڑھ گیا ہے۔ ممکن ہے کہ ان کو مختلف پیچیدگیوں کی شکایت ہو۔ اس قسم کا ذیابیطس بالخصوص معمر اشخاص میں ہوا کرتا ہے۔

پیچیدگیاں۔ ذیابطیس کے دوران میں متعدد پیچیدگیاں واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بول شکری کی خراش عورتوں میں ایک تکلیف دہ حکۃ الفرج (pruritis vulvæ) اور مردوں میں التہاب حشفہ (balanitis) پیدا کردے۔ جلد کی عام خارش بھی ہوسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ جسم کے مختلف حصوں میں سرا ج پھوڑے (carbuncles) اور دمّل (boils) پیدا ہوجائیں؛ اور اول الذکر موت کا باعث ہوجائیں۔ ذیابطیس میں زرد سلعہ (xanthoma) کی بھی ایک شکل دیکھی گئی ہے۔ بعض اوقات پاؤں کی انگلیوں کی یا ایک پورے جارحہ کی گنگرین بھی ہوتی ہے؛ لیکن یہ اتھیروماٹی شرائین کیساتھ وابستہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ البیومین بولیت موجود ہو جو ساتھ واقع ہونیوالے کلوی تغیرات کی دلالت ہے۔ ذیابطیس میں اینلی جھٹکے اور رکبی جھٹکے عموماً غیر موجود ہوتے ہیں۔ یہ یا تو التہاب اعصاب محیط کی وجہ سے ہوتے ہیں (peripheral neuritis) یا اُمِ حنونہ اور رمادی مادّے کے درمیان پچھلی عصبی جڑوں کے ریشوں کے انحطاط کے باعث، جس سے نخاع کے پچھلے استوانوں میں تغیرات واقع ہوجاتے ہیں (11)۔ وجع العصب (neuralgia) شدید ہوسکتا ہے، بالخصوص ورک کی قذالی اور توامی ثلاثی اینٹھن بھی ہوسکتی ہے۔ نہایت لاغر اشخاص میں پاؤں اور ٹانگوں کا اُذیما (ضعفی تھبیج) دیکھنے میں آسکتا ہے، اور وہ سوڈیم بائی کاربونیٹ کی حد سے زیادہ مقداریں دینے سے بھی بہ آسانی پیدا ہوسکتا ہے۔

سلِ ریوی؛ ذات الریہ اور دوسرے ساری امراض ذیابطیس کے مریضوں میں اس سے زیادہ عام طور پر نہیں ہوتے کہ جتنے عام آبادی میں ہوتے ہیں۔ لیکن انذار نسبتہً خراب ہوتا ہے، گو زمانہ حاضرہ کے طرقِ علاج نے اسے بہتر بنادیا ہے۔

ذیابطیس میں بصارت کئی طریقوں سے متاثر ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ

نظر کی قوت ماسکہ میں سریع تبدیلیاں اور کلیل النظری (amblyopia)، عضلہ ہدبیہ کے ضعف اور وسائط کے انعطاف نما میں تغیرات کے باعث ہو جو غالباً شکر کی موجودگی کے باعث واقع ہو جاتے ہیں۔ ذیابیطسی نزول الماء (cataract) عموماً شیخوخی قسم کا ہوتا ہے۔ لیکن نوعمر اشخاص میں ایک مؤخر قطبی نزول الماء (posterior polar cataract) ذیابیطس کی وجہ سے مل سکتا ہے، اگرچہ یہ بہت شاذ ہے۔ معمر مریضوں میں التہاب شبکیہ (retinitis) عام ہے، جو صلابت الشریانی التہاب شبکیہ سے مماثل ہوتا ہے۔ امکاناً یہ ذیابیطس اور شبکیتی التہاب دونوں شریانی مرض کے بعد ثانوی طور پر ہوتے ہوں اور دونوں میں کوئی راست تعلق نہیں ہوتا۔ دوسرے تغیرات یہ ہیں:۔ التہاب قزحیہ (iritis)، خلف المقلہ عصبی التہاب (retrobulbar neuritis) جو عصب بصری کا ذبول (optic atrophy) پیدا کر دیتا ہے، شبکیہ اور زجاجیہ میں نزفات، اور شبکی تشحم الدم (lipaemia retinalis) جس کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے شدید علاج ناکردہ اصابتوں میں۔

ذیابیطسی قوما (diabetic coma)۔ یہ نام اس گروہ علامات کو دیا گیا ہے جو خون کے اندر ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کے اجتماع کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں، جو نظام دوران خون اور مرکزی عصبی نظام دونوں پر ایک زہر کے طور پر اثر کر کے ہلاکت خیز نتیجہ پیدا کر دیتا ہے۔ اس علاماتی مخلوط کی تسبیب میں خون کے اندر کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) کی قلت بھی ممکن ہے کہ حصہ لیتی ہو۔ قوما کے اسباب معدہ یہ ہیں:۔ (الف) ایسی غذا جس میں پروٹین اور شحم بکثرت ہو۔ (ب) اشتعال یا جذباتی صدمہ۔ (ج) عام عدم حسیت۔ غالباً گیس آکسیجن کے ساتھ سب سے کم مضرت رساں ہے، لیکن یہ بہت اہم ہے کہ مریض نیلا نہ ہونے پائے۔ (د) حاد سرایتیں۔ (ھ) گردوں کا ناقص فعل، جس سے ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کا نامکمل اخراج ہوتا ہے۔ (و) قبض۔ (ز) ایک نوعمر مریض میں جسکے بدن کی چربی انسولین کی مدد سے بڑھ گئی ہو، انسولین کا استعمال جاری نہ رکھنا۔

قوما کا آغاز اکثر بتدریج ہوتا ہے، لیکن علامات ذیل اس کی خبر دیتے ہیں:۔ فقدان اشتہا، پیشاب اور شکر کی روزانہ خارج ہونے والی مقدار میں ایک

سریع تخفیف، پیشاب میں البیومین اور سبانک کی موجودگی، اور ہیضہ قبض۔ بعض اوقات شدید درد شکم ہوتا ہے۔ اُس وقت مریض کسیقدر جلد ہی حالت ہبوط اور قوا میں مبتلا ہوجاتا ہے۔ نبض سریع وضعیف ہوتی ہے، درون چشمی تناؤ کم ہوجاتا ہے، سطح جسم سرد، چہرہ پھیکا ہوا اور جوارح کبود ہوتے ہیں۔ مریض نیم باز آنکھوں کے ساتھ پڑا رہتا ہے، اور اپنے گردوپیش پر التفات نہیں کرتا۔ اور گو سوال کرنے پر اُسے بیدار کرکے اُٹھایا جاسکتا ہے، مگر وہ ایسی بدحواسی سے جواب دیتا ہے (بشرطیکہ وہ جواب دے) گویا وہ اُسے ادھورا ہی سمجھا ہے۔ تنفس ان اصابتوں میں مخصوص طرز کا ہوتا ہے۔ یعنے وہ آہستہ آہستہ، گہرا، اور آہ کی نوعیت کا ہوتا ہے۔ سینہ کے حرکات نہایت وسیع ہوتے ہیں۔ تنفس خاتمہ کے قریب کسیقدر زیادہ بار بار ہونے لگتا ہے۔ اسی کے ساتھ سینہ کے معائنہ سے کوئی غیر معمولی چیز نہیں ظاہر ہوتی۔ اِس شکل کے تنفس کو جوع الھوا کہتے ہیں۔ بہت سی اصابتوں میں مریض کے بستر کے قریب ایک میٹھی سی، خوشبودار، یا اثیری بُو محسوس ہوسکتی ہے، جسے بعضوں نے سیب کی بُو سے تشبیہ دی ہے۔ یہ بو ایسیٹون سے منسوب کی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت ایک دن سے تین دن تک جاری رہے، اور پھر نبض زیادہ زیادہ ضعیف ہوتی جاتی ہے، گو ممکن ہے کہ قلب قوت کے ساتھ حرکت کرتا رہے، مریض زیادہ بےحس اور بالآخر بالکل قوا زدہ ہوجاتا ہے، اور موت اِس منظر کو ختم کردیتی ہے۔ کبھی کبھی مریض کسیقدر ہذیان کے ساتھ بڑبڑاتا رہتا ہے۔ بعض اصابتوں میں علامات نسبتہً بہت زیادہ سریع ہوتے ہیں۔ مریض دفعتہً ہبوط ہوجاتا ہے، اُس کی نبض سریع وضعیف اور اطراف کبود ہوجاتے ہیں۔ جوع الھوا نمودار ہوجاتی ہے اور وہ چوبیس یا چھتیس گھنٹوں میں مرجاتا ہے۔

کلوی شکر بولیت (renal glycosuria)۔ غیر خبیث شکر بولیت (benign glycosuria) (سلیم ذیابیطس: diabetes innocens)، ان اصطلاحات کا اطلاق ایک ایسی حالت پر کیا جاتا ہے، جن میں مریض سالہاسال تک شکر مسلسل خارج کرتے رہتے ہیں، لیکن وہ نہایت کامل صحت کی حالت میں رہتے ہیں اور

انہیں ذیابیطس کے کوئی علامات نہیں ہوتے۔ شکر کی برآمد قلیل المقدار ہوتی ہے، اور کثرت ۳۰ گرام یومیہ سے زائد نہیں ہوتی۔ کاربوہائڈریٹ کی ایک معتادلی جائے تو وہ اس برآمد میں چنداں فرق نہیں پیدا کرتی۔ بعض اصابتوں میں علاج سے اس شکر کو موقوف کرنا مشکل ہوتا ہے، مگر دوسری اصابتوں میں فاقہ کرانے سے شکر بسرعت غائب ہو جاتی ہے۔ دموی برداشت شکر کا منحنی طبعی ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 464)۔ دموی شکر خالی معدہ کی حالت میں طبعی ہوتی ہے مگر پھر بھی شکر خارج ہوتی ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ وہلیز کلوی پست ہے۔ اس حالت کی تسبیب نامعلوم ہے، لیکن کبھی کبھی یہ پیدائشی ہوتی ہے۔ اس کے لئے کسی علاج کی ضرورت نہیں۔ جب تجربۃً کسی جانور کو فلورڈزین (phloridzin) سے مسموم کر دیا جاتا ہے تو شکر بولیت پست دہلیز کلوی کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ جب شکر کی موجودگی کی دریافت ترجیحی امتحانات میں سے کسی ایک سے کی جاتی ہے، اور تشنگی، کثرت بول یا عضلی کمزوری کی موجودہ یا ماسبق سرگذشت بھی موجود ہوتی ہے، تو ذیابیطس شکری کی تشخیص یقینی ہو جاتی ہے۔ اگر پیشاب کا امتحان نہیں کیا گیا ہے، تو ممکن ہے کہ اس مرض کی موجودگی نظر انداز کر دی جائے اور مریض کا علاج ایک مبہم کمزوری اور "ناطاقتی" کے لئے کیا جائے، یا ممکن ہے کہ یہ امر فراموش کر دیا جائے کہ پیچیدگیوں میں سے کسی ایک مثلاً راج پھوڑوں، حکنہ، یا قوما کا بنیادی سبب ذیابیطس ہی ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہیے کہ ایسے اشخاص میں جن کا ذیابیطسی ہونا نامعلوم ہے، قوما کا وقوع ذیابیطس ہی کی وجہ سے ہو سکتا ہے، اور یہ کہ ذیابیطس کے مریضوں میں درد شکم ہی (جو بقدر کافی شدید ہو سکتا ہے کہ اُس سے شکم شگافی کی ضرورت محسوس ہو) قوما کے آغاز کی پہلی علامت ہو سکتی ہے۔ خاص دقت اُس وقت پیش آتی ہے جب کہ کسی مریض کا پیشاب متعدد مواقع پر خفیف سی ترجیع ظاہر کرتا ہے اور کوئی علامات موجود نہیں ہوتے۔ سریری کاشفات سے متعلق مغالطات پر پہلے غور کیا گیا ہے، لیکن اگر تخمیری اور فینائل ہائڈریزینی کاشفات سے ڈیکسٹروس کی موجودگی ثابت ہو چکی ہو تو بھی یہ معلوم کرنا ضروری ہوتا ہے کہ آیا مریض حقیقی ذیابیطس شکری میں مبتلا ہے

اگر دموی شکر ۱۶۰ ار۔ سے اوپر ہے تو تشخیص نہایت امید افزا ہوگی، مگر اگر وہ اس سے کم ہے تو بہترین طریقہ یہ ہوگا کہ برداشتِ شکر کا امتحان عمل میں لایا جائے یعنی ڈیکسٹروز کی ایک خوراک کے بعد خون کے تجزیات انجام دئے جائیں، جس سے انذار میں بھی مدد ملے گی۔

اِنذار۔ ذیابیطس شکری ایک نہایت خطرناک مرض ہے، جو معمر اشخاص کے نسبت نوعمروں میں زیادہ سریع اور ناموافق ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی انسولین اور با احتیاط غذائی علاج کے رواج کے ساتھ انذار بہتر بھی ہوگیا ہے۔ بعض اصابتوں میں علاج کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ شکر کی برداشت بڑھ جاتی ہے۔ لیکن شفایابی ان معنوں میں نہایت ہی شاذ ہے کہ وہ مریض بلا انسولین کے بے پرہیزی غذا پر بسر کرسکتا ہو اور پھر بھی اس کی دموی شکر طبعی درجہ پر رہتی ہو۔ بلا علاج کے انذار نوعمر مریضوں میں بلا استثنا، ناموافق ہوتا ہے کیونکہ مرض ترقی کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرض باوجود علاج کے ترقی کرتا رہے، بالخصوص اس وقت جب کہ مریض سرایت زدہ ہوگیا ہو۔ دورانِ مرض میں علاج کا آغاز جس قدر دیر سے کیا جائے گا انذار اسی قدر زیادہ ناموافق ہوگا۔ معمر اشخاص میں جنھیں نام نہاد "غذائی شکر بولیت" ہو، علاج نہ ہونے کی صورت میں مہلک نتیجہ نہ ہونا چاہیے۔ لیکن پیچیدگیوں (مثلاً اراج پھوڑے، نزول الماء، اور التہاب شبکیہ) کا امکان ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ اسی واسطے ضروری ہے کہ ہمیشہ مناسب علاج کا آغاز کیا جائے تاکہ پیچیدگیاں پیدا نہ ہونے پائیں۔

470

تحریز۔ چوں کہ علاج کا جلد کیا جانا نہایت اہم ہے، لہذا وقتاً فوقتاً امتحانِ بول کی سفارش کی گئی ہے۔ امتحانِ بول تندرست اراکین خاندان کی حالت میں اس وقت یقیناً عمل میں لانا چاہیے جب کہ ذیابیطس کسی خاندان میں موروثی طور پر چلا آرہا ہو۔ ذیابیطس سے بچنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ صحت مندانہ زندگی بسر کی جائے ساتھ ہی باقاعدہ ورزش جاری رکھی جائے اور فربہی اور مرکزی عفونت سے بچنے کی کوشش کی جائے۔

علاج ۔ذیابیطس کا پہلا علاج جو عقلی اصول کے مطابق تھا، رولو (Rollo) نے کیا۔ اُس نے حیوانی غذا کی خوراک تجویز کی جس میں نشاستہ اور شکر موجود نہ تھی یہ ۱۹۱۵ء تک یہی طریقہ نہایت عام طور پر اختیار کیا جاتا تھا اور پروٹین اور شحم کی بڑی بڑی مقداریں دیجاتی تھیں۔ ایسی غذا کے ساتھ ذیابیطس کے کسی مریض کے پیشاب کا شکر سے خالی ہونا مقابلتہً شاذ امر تھا۔ اُن تجربات نے جو ایف۔ ایم۔ ایلن (F.M. Allen) نے لبلبہ ربودہ کتوں پر کئے، اور اُن سریری مشاہدات نے جو آن نوزڈین، گویلپا (Guelpa) اور گراہام نے مختلف اوقات میں کئے علاجِ ذیابیطس میں تقلیل تغذیہ کی اہمیت کو واضح کر دیا۔ عموماً اختیار کردہ طریقہ یہ ہوتا کہ پہلے فاقہ کے ذریعہ سے پیشاب کو خالی از شکر کر لیا جاتا، اور پھر غذا بتدریج بڑھتی ہوئی مقداروں میں دیجاتی، کاربوہائڈریٹ کی درآمد کو بہ شدت محدود کر دیا جاتا، اور مریض کو مستقلاً معمول سے کم غذا دیجاتی تاکہ وہ دُبلا رہے۔ کم غذا پانے والے شخص میں اساسی تحوّل پست ہوتا ہے، چنانچہ جزیری بافت پر کام کا بار نسبتہً کم پڑتا ہے۔ یہ امر اُس وقت نہایت نفع بخش ہوتا ہے جب کہ یہ جزائر قلت زدہ ہوتے ہیں (جیسے کہ ذیابیطس میں) کیونکہ اگر اُن پر کام کا بار حد سے زیادہ ڈالا جاتا ہے تو وہ بتدریج خراب وخستہ ہو جاتے ہیں۔ کثیر پروٹین والی غذا اساسی تحوّل کو بلند کر دیتی ہے۔ اسی کو پروٹین کا نوعی حرکی فعل کہتے ہیں انسولین کے انکشاف سے ذیابیطس کے علاج میں ایک انقلاب پیدا ہو گیا ہے۔ لیکن اگرچہ اب فاقہ کی ضرورت نہیں رہی تاہم غذا کی کسیقدر تحدید اب بھی عموماً ضروری ہوتی ہے بالخصوص زیادہ شدید اصابتوں میں۔

علاج کے شروع میں امکانی مرکزی سرایت کا، جو دندانی راسی سرایت، عفونتی لوزتین، مرارہ، یا زائدہ دودیہ کی وجہ سے ہو، استیصال کر دینا چاہئے۔ علاج کا مقصد یہ ہے کہ انسولین کا استعمال ایسی مقداروں میں اور ایسے اوقات میں کیا جائے کہ دموی شکر چوبیس گھنٹوں کے دوران میں طبعی حدود کے اندر رہے۔

اصول علاج ڈاکٹر ڈبلیو۔ ہین کے ایک مریض کی دموی شکر کی تخمینوں پر سے

مستنبط کیا جا سکتا ہے، جو شکل ۹۵ میں تبلائی گئی ہیں۔ منحنی ب اوسطاً منحنی الف
کے نسبت بلند تر ہے، کیونکہ کیفقہ پروٹین کے بجائے کاربوہائڈریٹ دیا گیا تھا۔
الف اور ب میں غذا وہی تھی۔ ناشتہ اور رات کے کھانے سے پہلے، بارہ گھنٹے
کے وقفوں سے، روزانہ دو بار انسولین دینے کا اثر بہ حیثیت مجموعی ایک دوگونہ منحنی
پیدا کرتا تھا، اور ایک ارتفاع کھانے کے فوراً بعد ہو کر اُس کے بعد ایک سقوط ہوتا
تھا۔ اس مریض میں انسولین کی ایک کسیقدر کمتر مقدار نے صبح کا ارتفاع شام کے
ارتفاع کے نسبت بہت زیادہ بلند تھا۔ منحنی الف میں ارتفاع یقیناً ناشتہ سے
پہلے شروع ہو گیا، اور اُس کی توجیہ اُس بڑھی ہوئی تحولی فعالیت سے ہو سکتی
ہے جو بیدار ہونے پر دفعتہً واقع ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں انسولین کی مساوی
معتادوں کے ساتھ ممکن ہے کہ شام کا ارتفاع بلندتر ہو، اور جب انسولین کی تین
معتادیں چھ بجے صبح، ۱۲ بجے دوپہر اور ۹ بجے شب کو یعنے رات کے کھانے کے بعد
دیجاتی ہیں تو ایک سہ گونہ منحنی حاصل ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ رات کے وقت بھی اسیقدر
ہی بلند ہو جس قدر کہ دن کے وقت، غالباً بایں وجہ کہ پروٹینی تحول کاربوہائڈریٹ
کے تحول کے نسبت زیادہ آہستہ واقع ہوتا ہے اور اِس وجہ سے وہ رات تک ملتوی
ہو جاتا ہے (12)۔

جب علاج ابتدائً شروع کیا جاتا ہے تو ۴ یا ۵ اکائیوں کے اشرابات
ناشتہ اور رات کے کھانے سے نصف گھنٹہ پہلے دئیے جاتے ہیں۔ یہ معتاد ہر دوسرے
یا تیسرے روز بقدر ۴ یا ۵ اکائیوں کے بڑھا دی جاتی ہے۔ اِس سے پیشاب میں
شکر کم ہو کر بالآخر غائب ہو جاتی ہے۔ اِس درجہ میں اگر مثانہ خالی کرنے کے بعد دموی
شکر کی تخمین کی جائے، اور آئندہ ۱۵ منٹ کے دوران میں خارج ہونے والے
پیشاب کا امتحان کیا جائے تو دہلیز کلوی کی تعیین کی جا سکتی ہے۔ اگر دہلیز کلوی
طبعی یا معمولی (۱۶۰ء ۔۔ ۱۸۰ء) ہے تو چوبیس گھنٹوں کے دوران میں متواتر وقفوں
پر خارج ہونے والے پیشاب میں شکر کی عدم موجودگی یہ ظاہر کرتی ہے کہ دموی شکر
کبھی حد سے زیادہ بلند نہ تھی۔ لیکن اگر دہلیز کلوی پست ہے، جیسا کہ ذیابیطس کے
مریضوں کی کچھ تعداد میں ہوتا ہے، تو مستقل و متوالی خالی از شکر امتحانات کی توقع

نہ کرنی چاہیئے۔ پھر اگر دہلیز کلوی بلند ہے تو قارورے کے امتحانات کی کچھ اہمیت نہیں ہے۔ لیکن راقم الحروف کا تجربہ ہے کہ جب انسولین کے ذریعہ علاج اختیار کیا جاتا ہے تو بلند دہلیزات کلوی بہ سرعت طبعی ہو جاتے ہیں۔ پیچیدہ اصابتوں میں شکر کے بالآخر غائب ہو جانے کے بعد انسولین کی زیادتی کو مزید جاری رکھنا چاہیئے، یہاں تک کہ مریض اُس کی معتاد کے دو تا چھ گھنٹے بعد ایک نہایت خفیف سا قلیل شکر دمویتی ردعمل (hypoglycæmia reaction) محسوس کرنے لگے، یعنی جوارح کا لرزہ، پسینہ، بھوک، خلو، یا متلی، دورانِ سر یا چکر، ذہنی اختلالات، درد سر، اختلاجات، خستگی، غشی، سُن پن، سردی یا گرمی کے احساسات، اور کبھی کبھی اسہال۔ یہ علامات اُن کے وقوع کے تواتر کے لحاظ سے مرتب کئے گئے ہیں (12)۔ اس ذریعہ سے مریض ایک ابتدائی درجہ میں، اور طبی نگرانی میں ہونے کی حالت میں ہی محسوس کر لیتا ہے کہ انسولین کی مقررہ مقدار سے زائد ملنے کے اثرات کیا اور کیسے ہوتے ہیں۔ اس تجربہ کی بنا پر اُس کا آئندہ علاج نسبتہً زیادہ وثوق و اعتماد کے ساتھ کیا جائیگا۔ اعظم معتاد جس کا مریض متحمل ہو سکے گا اُس مقدار سے ذرا ہی کم ہوگی جو یہ علامات پیدا کرا دیتی ہے، اور یہی معتاد تجویز کرنی چاہیئے، کیونکہ یہ دموی شکر کو طبعی درجہ پر اور پیشاب کو مستقلاً خالی از شکر رکھے گی۔ ایسے ذرائع کی وساطت سے دموی شکر کے امتحانات کی ضرورت بڑی حد تک لاحق نہ ہوگی۔ اگرچہ طبعی اشخاص میں دموی شکر تقریباً ۰۰۰ تک گھٹ جانے سے عموماً علامات پیدا ہو جاتے ہیں، آخر الذکر بعض ایسے مریضوں کو جو عرصہ دراز تک بیش شکر دمویتی رہ چکے ہوں، دموی شکر کے نسبتہً بلند تر، مثلاً ۰.۰۹ فی صدی، ۰.۱۲ فی صدی، بلکہ ۰.۱۸ فی صدی سے بھی اوپر لے لیولوں پر محسوس ہو سکتے ہیں، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ ان کا جسم عرصۂ دراز سے بیش شکر دمویت کے متوافق ہو چکا ہے (80)۔ سخت لاغر مریضوں کی حالت میں بہت احتیاط لازم ہے۔ اُن کو ابتدائے علاج ہی میں کاربوہائڈریٹ دینا چاہیئے تاکہ قلیل شکر دمویت کے شدید علامات نہ پیدا ہونے پائیں، اور سلِ ریوی کی حالت میں انسولین کی معتاد بتدریج بڑھانی چاہیئے تاکہ دموی شکر بتدریج کم ہو، ورنہ ممکن ہے کہ سرایت شدید طور پر بھڑک اُٹھے۔

ممکن ہے کہ ذیابیطس کی شدید اصابتوں میں انسولین کی ایک مقدار دو یا تین گھنٹوں میں قلیل شکر دمویت کے علامات پیدا کر دے اور پھر قبل اس کے کہ دوسری مقدار ۱۲ گھنٹہ کے عرصہ میں دی جائے دموی شکر بہ سرعت بلند ہو کر شکر بولیت پیدا ہو جائے۔ یہ داعیہ ہے اس امر کا کہ انسولین کا استعمال روزانہ تین بار کرنا چاہیے یعنے ۷ بجے صبح، ایک بجے دوپہر اور ۷ بجے شام کو یعنے تین خاص کھانوں سے پہلے۔

شکل ۹۵۔ دموی شکر ایک بیالیس سالہ آدمی کی جس کا وزن ۱۳۸ پونڈ تھا۔ منحنی ا لف اس وقت لیا گیا جب کہ اس کو تین دن تک ایک ایسی غذا دی جاتی رہی جس میں ۷۰ گرام پروٹین، سبزیاں اور شحم تھیں۔ منحنی ب، تین دن بالکل ایسی ہی غذا کے بعد الا یہ کہ ۳۰ گرام پروٹین کی بجائے اتنی ہی مقدار کاربوہائیڈریٹ کی دی گئی جو کہ ناشتہ اور رات کے کھانے پر ڈبل روٹی اور آلوؤں کی شکل میں تھا۔ حراری قدر ۱۸۰۰ سے ذرا اوپر تھی۔ ا انسولین جو دی گئی۔ ن ناشتہ۔ د دوپہر کا کھانا۔ ش شام کا کھانا۔ چ چائے۔ ر رات کا کھانا۔ دموی شکر ہیگیڈارن (Hagedorn) اور جینسن (Jensen) کے طریقے سے۔

بعض اوقات انسولین کے انشراب کے بعد فوراً مریضوں کو ڈنک لگنے کی سی

کیفیت کی شکایت ہو جاتی ہے، جو انسولین کے محلول میں ترشہ موجود ہونے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ اس کو رفع کرنے کی ترکیب یہ ہے کہ اس کی تعدیل کیلئے پچکاری کے اندر انسولین کے نصف حجم کے برابر ۱/۱۰۰ طبعی کاسٹک سوڈا ($\frac{1}{100}$N. caustic soda) کھینچ لیا جائے، جس میں ۰٫۲۵ فی صدی ٹرائی کریسال (tricresol) موجود ہو، اور انسولین کے ساتھ آمیز کر لیا جائے۔ اس کی ٹھیک مطلوبہ مقدار مختلف تجارتی چھاپ کی انسولین کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے، لیکن اتنی کافی استعمال کرنی چاہیئے کہ جس سے پچکاری میں مرتسب انسولین کی وجہ سے خفیف سا تکدر پیدا ہو جائے۔ انسولین بصورت قرص بھی دستیاب ہو سکتی ہے جیسے اشراب سے فی الفور پہلے آب عقیم میں حل کر لیا جاتا ہے۔ شری دوڑے جو مقام اشراب پر بارہ گھنٹے بعد پیدا ہو کر دو یا تین دن میں رفع ہو جاتے ہیں بالخصوص اُن نجاستوں کے باعث ہو جاتے ہیں جو اُس خاص چھاپ کی انسولین میں موجود ہیں، لہٰذا اب دوسرے چھاپ کی انسولین آزمانا چاہیئے۔ بیشتر انگریزی انسولین گائے سے بنائی جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ اس کو بدل کر خنزیری انسولین دینا مناسب ہو۔ ممکن ہے یہ خود انسولین کی حساس کری کا نتیجہ ہوں اور چھوٹی چھوٹی اور بڑھتی ہوئی خوراکیں دے کر حساسیت رُبائی کی آزمائش کرنی چاہیئے۔

انسولین کے علاج میں ایک مستقل غذا کا دینا ضروری ہے۔

بعض معیاری غذائی ضابطے

حرارے	کاربوہائڈریٹ اور شحم کی نسبت											
	۱:۱			۱:۲			۱:۴			۱:۶		
	ک ر	ش ر	پ گرام	ک ر	ش ر	پ گرام	ک ر	ش ر	پ گرام	ک ر	ش ر	پ گرام
۲۰۰	½	۱	۱۶	۱	۱	۶	۱	½	۱۷	۱½	½	۷
۱۴۰۰	۴½	۹	۴۷	۶½	۶½	۶۴	۹	۴½	۵۹	۱۰½	۳½	۵۲
۱۸۰۰	۵½	۱۱	۷۹	۸½	۸½	۷۷	۱۲	۶	۶۲	۱۳½	۴½	۶۷
۲۲۰۰	۵	۱۰	۱۱۳	۱۲½	۱۲½	۱۰۱	۱۵	۷½	۶۶	۱۶½	۵½	۸۱

ک ر = ۲۰ گرام کاربوہائڈریٹ　　ش ر = ۱۰ گرام شحم

مریض کی غذائی احتیاج کا سب سے پہلے اندازہ کرنا چاہیئے۔ اگر اس کا وزن طبعی حدود کے اندر تصور کیا جائے تو اساسی حراری احتیاج، صفحہ ۳۰ پر صفحہ 460 میں درج کی ہوئی قانون نگارش سے حاصل کی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ اس امر کے لحاظ سے کہ وہ کس قدر ورزش کرتا ہے۔ ۵ فی صدی یا زیادہ تک مزید رعایت دی جاتی ہے۔ ایک قعودی کارکن کے لئے یہ ۱۰ یا ۲۰ فی صدی سے زیادہ نہ ہونی چاہیئے۔ آزمائش کے بعد اس امر کے لحاظ سے کہ مریض کا وزن بڑھتا یا گھٹتا ہے، ترمیمات کرنے کی ضرورت پیش آئے گی۔ اگر مریض فربہ ہے تو اس کے لئے یہی مناسب ہے کہ اس کا وزن گھٹے، اور حراری قدر کا حساب اس تخمین کردہ وزن سے لگایا جاتا ہے جو کہ آئنلے والٹر (Ainley Walter) کی جائیتو (2) سے طول جزع (stem length) سے حاصل کیا جا سکتا ہے۔ بالکل پست حراری قدریں مثلاً ۶۰۰ یا ۸۰۰ کچھ عرصہ تک کام میں لائی جا سکتی ہیں۔

جدول ۳۔ جسمانی وزن (پاؤنڈ)

جسم کا طول (انچ)	مرد			عورت		
	اعظم	اوسط	اقل	اعظم	اوسط	اقل
۲۰	۳۱	۲۵	۲۱	۳۱	۲۵	۲۱
۲۲	۴۱	۳۴	۲۷	۴۱	۳۴	۲۷
۲۴	۵۴	۴۴	۳۶	۵۵	۴۵	۳۷
۲۶	۶۸	۵۶	۴۶	۶۹	۵۷	۴۷
۲۸	۸۶	۷۰	۵۷	۸۸	۷۲	۵۹
۳۰	۱۰۵	۸۶	۷۰	۱۰۹	۹۰	۷۴
۳۱	۱۱۷	۹۴	۷۸	۱۲۱	۹۸	۸۲
۳۲	۱۲۸	۱۰۴	۸۵	۱۳۳	۱۰۹	۹۰
۳۳	۱۴۱	۱۱۴	۹۴	۱۴۶	۱۱۹	۹۹
۳۴	۱۵۴	۱۲۵	۱۰۳	۱۶۰	۱۳۱	۱۰۹

قد کا طول (انچ)	مرد			عورت		
	اعظم	اوسط	اقل	اعظم	اوسط	اقل
۳۵	۱۶۹	۲۳۶	۱۱۲	۱۷۵	۱۴۲	۱۱۸
۳۶	۱۸۳	۱۴۸	۱۲۲	۱۹۰	۱۵۵	۱۲۹
۳۷	۲۰۰	۱۶۱	۱۳۴	۲۰۸	۱۶۹	۱۴۲
۳۸	۲۱۷	۱۷۴	۱۴۴	۲۲۶	۱۸۳	۱۵۳

(نوٹ) اعظم اور اقل اوزان طبعی افراد کی تقریباً ۹۰ فی صدی تعداد میں جو لفت اختلاف ظاہر کرتے ہیں۔ یہ دیکھا جائے گا بڑی جسامت والے اشخاص میں یہ نہایت وسیع ہے (3)۔

473

مریض زمین پر بیٹھکر اپنی پشت کو مضبوطی کے ساتھ دیوار سے لگائے رکھتا ہے اور اس کے گھٹنے خمیدہ ہوتے ہیں۔ جسم کے طول کو زمین سے سر کی چوٹی تک انچوں میں ناپ کر اس کا مقابلہ جسم کے وزن کے ساتھ کیا جاتا ہے، جو بغیر کپڑوں کے پاؤنڈوں میں لے لیا جاتا ہے۔ اگر مریض کسی مرض کی وجہ سے حد سے زیادہ موٹا یا حد سے زیادہ دُبلا ہو تو اس کے طبعی تحوّل کے حصول کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ صفحہ ۳۷ میں اوسط وزن سے، جو اس کے جسم کے طول کے متناظر ہو، کام لیا جائے نہ کہ اُس کے اصلی وزن سے۔ جدول ۳ عمومی استعمال کیلئے ہے، جس سے کسی وقت یہ ظاہر ہو سکتا ہے کہ آیا مریض بے حد موٹا یا بے حد دُبلا ہے۔

ذیابیطسی مریض کے علاج میں آج کل اس سے زیادہ کاربوہائڈریٹ دیا جاتا ہے کہ جتنا زمانہ ماضی میں، اور بشرطیکہ غذا کی کل حراری قدر وافر ہو انسولین کی احتیاج اس سے زیادہ نہیں ہوتی کہ جتنی پست کاربوہائڈریٹی غذاؤں میں۔ حقیقت میں بلند کاربوہائڈریٹ اور پست شحم والی غذا، جس میں ۶ : ۱ کی نسبت ہو، ایک فربہ مریض میں دموی شکر کو گھٹا کر طبعی تک لانے میں کامیاب ہو جاتی ہے بغیر اس کے کہ انسولین کی ضرورت پڑے۔ لیکن اگر اس قسم کی غذا کو طویل مدت کے لئے استعمال کرنا پڑے تو پھر حیاتین ا اور د مزید دینی چاہئیں۔ غذائیں تجویز کرنے میں سہولت پیدا کرنے کے لئے، مصنف نے کئی ایک غذائی ضابطے نکالے

ہیں، جن میں سے بعض جدول میں دیئے گئے ہیں۔ ہر ضابطہ میں ۲۰ گرام کے کاربوہائڈریٹ راتبوں کی، ۱۰ گرام کے شحمی راتبوں کی اور گراموں میں پروٹین کی ایک مقررہ تعداد ہے۔ اوپر کی سطر کو جو کہ ۲۰۰۰ حراروں کے متناظر ہے، جمع اور تفریق کرکے مزید ضابطے نکالے جا سکتے ہیں۔ ان نسبتوں کے نکالنے میں اس امر کا بالکل لحاظ نہیں کیا گیا کہ پروٹین کاربوہائڈریٹ یا شحم کا ماخذ ہو سکتی ہے۔ ایسے حسابات حد سے زیادہ فرضی ہوتے ہیں، اور بلند تر کاربوہائڈریٹ والی غذاؤں میں شحم کا کلسہ الی کاربوہائڈریٹ کے مانند کی حیثیت سے کچھ اہمیت نہیں رکھتا۔ کاربوہائڈریٹ اور شحم میں ۲:۱ کی نسبت نہایت عام طور پر مفید پائی جائے گی، لیکن بچوں کے لئے ۴:۱ مرجح ہے، اور ایک بلند تر کاربوہائڈریٹ والی غذا صلابت شرائین، ذبحۂ صدریہ، عفونت، اور سل ریوی میں خاص طور پر مفید ہوگی۔ قدیم رواج کی غذا ۱:۱ کے متناظر تھی۔ کاربوہائڈریٹ اور شحم کے راتب فہرست الف، ب اور ج سے حاصل کئے جاتے ہیں، جو ہر غذائی شے کی وہ مقدار بتاتی ہیں جو کہ پورے یا آدھے کاربوہائڈریٹی یا شحمی راتب کے متناظر ہے، اور فہرست د میں ایسی غذائیں درج ہیں جن میں کاربوہائڈریٹ، شحم اور پروٹین موجود ہے، اور گھر میں معمولی استعمال کے لئے چند مرکب اغذیہ درج ہیں۔ ذیابیطسی مریض ہر وہ غذا کھا سکتا ہے جو کہ معمولی موضوع عادتاً کھاتا ہے، بشرطیکہ اس کے اجزا معلوم ہوں، اور غذاؤں کی اس اسکیم کے ذریعہ مریض خاندان کے معمولی کھانوں میں شریک ہو سکتا ہے۔ اس سے کہیں زیادہ تفصیلی فہرست جس میں ۲۰۰ مرکب اغذیہ درج ہیں، کسی دوسری جگہ شائع کی جا رہی ہے (54)۔ شکر والے کھانے (dishes) عام طور پر انسولین کے ذرا ہی بعد لینا چاہئیں یعنی ناشتہ اور رات کے کھانے پر۔ لیکن بہت سے طبیب اس کو بالکل منع کر دیتے ہیں۔ سبزیوں کے لئے رعایت دی جاتی ہے، لیکن آلوؤں، سیم کی پھلیوں (butter beans) اور مٹروں کے سوا ان کو تولنے کی ضرورت نہیں۔ صاف یخنی آزادانہ طور پر لے سکتے ہیں۔ الکحل دینے میں وہ مقصد نہیں ہو سکتا جو کہ زمانہ ماضی میں ہوتا تھا اور بہتر یہ ہے کہ اس سے اجتناب کیا جائے۔ بیئروں (beers) میں ۴ تا ۸ فی صدی کاربوہائڈریٹ موجود ہوتا ہے۔ میٹھا کرنے کے لئے

سیکرین (saccharine) استعمال کرسکتے ہیں۔ یہ غذائی جدولیں بیشتر کاربوہائیڈریٹ اور شحم سے اعتنا کرتی ہیں۔ پروٹین کو کم و بیش کرنا زیادہ اہمیت نہیں رکھتا کیونکہ اس کی حراری قدر اُس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی شحم کی۔ یہ زیادہ سہولت دہ ہوگا کہ غذا کو گراموں میں تولا جائے، اور ان کسروں (fractions) کے جھگڑے میں نہ پڑا جائے جو کہ اونسیں استعمال کرنے میں پیدا ہوتی ہیں۔ جدولوں میں دونوں ناپ دیئے گئے ہیں۔ ان کاربوہائیڈریٹس کو زیادہ تر ناشتہ اور رات کے کھانے کے ساتھ انسولین سے تھوڑی دیر بعد دینا چاہیئے، لیکن خفیف اصابتوں میں ان کی کچھ مقدار دوپہر کے کھانے کے وقت، بلکہ شام کی چائے کے ساتھ بھی دیجاسکتی ہے۔ کاربوہائیڈریٹ کی بڑی مقداروں کے ساتھ اکثر یہ مناسب ہے کہ انسولین کھانے سے پون گھنٹہ بلکہ ایک گھنٹہ یا اس سے بھی زیادہ پہلے دی جائے تاکہ وہ اپنا اعظم اثر کھانے سے ایک تا دو گھنٹے بعد اُس وقت ظاہر کرے جب کہ دموی شکر بھی اپنے درجۂ اعظم پر ہوتی ہے۔ لیکن اگر انسولین کو بہت پہلے دیا جائے گا تو ردعمل کھانے سے پہلے یا کھانے کے دوران میں واقع ہوجائے گا۔

انسولین کے علاج کیلئے مریض کا انتخاب۔ کلوی شکربولیت کے لئے انسولین نہیں استعمال کرنا چاہیئے۔ دورانِ حمل کی شکربولیت اکثر اوقات اسی نوعیت کی ہوتی ہے۔ لیکن جہاں حمل کے ساتھ حقیقی ذیابیطس بطور ایک پیچیدگی کے موجود ہو، اُس عورت کو اِس امر کے انتخاب کا اختیار دینا چاہیئے کہ حمل کو ختم کردیا جائے یا نہیں، اور اگر حمل ختم نہ کیا جائے تو انسولین کا علاج شروع کردینا چاہیئے۔ شکربولیت اور بیش شکردمویت کے تقریباً تمام مریضوں میں علامات کو رفع کردینے میں جو کامیابی انسولین سے حاصل ہوتی ہے اُس سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایسی تمام اصابتوں میں اوّلی نقص لبلبہ میں ہوتا ہے، لہذا اقرین عقل یہی ہے کہ اِس قلت کی تعویض کے لئے انسولین استعمال کی جائے، اور جب پیچیدگیاں جیسے کہ گنگرین، نزول الماءِ سلِ ریوی، ذبحۂ صدریہ وغیرہ، موجود ہوں تو یقیناً یہی کرنا چاہیئے۔ نہایت خفیف معمّر مریضوں کی حالت میں ک اور ش میں ۱:۱ کی نسبت رکھنے والی غذا جس کے حرارے ذرا پست ہوں دموی شکر کو گھٹا کر

474

فہرست الف۔ ۲۰ گرام کاربوہائڈریٹ کے راتب (لٹ س)

ان مقدار وں میں پروٹین بھی ہوتا ہے

مندرجہ ذیل میں ۲۰ گرام کاربوہائڈریٹ موجود ہیں	گرام	یا	اونس	گرام
موتیا جو (pearl barley)	۲۶		۷/۸	۲
سیم کی پھلی کی ایک قسم (butter beans) اسوقت جبکہ وہ دسترخوان پر چنی جائے۔	۱۳۹		۵	۸
پن بسکٹ (water biscuit) (H&P)	۲۴		۷/۸	۲
جلے کیپٹن بسکٹ (captain biscuit)	۲۵		۷/۸	۳
روٹی چھنے ہوئے آٹے کی	۳۸		۱ ۳/۸	۳٫۵
،، بے چھنے ہوئے آٹے کی (Hovis)	۴۹		۱ ۳/۴	۵
خشک کردہ کشمش	۳۴		۱ ۱/۴	۰
آملا	۲۷		۱	۳
فورس (force)	۲۶		۷/۸	۳
+ گولڈن سرپ لائل کا (Lyle's golden syrup)	۲۷		۱	۰
+ شہد	۲۵		۷/۸	۰
کرونی (Macaroni)	۲۷		۱	۳٫۵
+ مارملیڈ، کوپر (Cooper) کا، آکسفورڈ کا	۳۵		۱ ۱/۴	۰
جئی کا آٹا (oat meal)	۳۰		۱	۵
مٹر، تازہ اُبلے ہوئے	۱۷۳		۶	۱۱٫۵
آلو، نئے اُبلے ہوئے	۱۴۲		۵	۲
،، پرانے، ،، ،،	۱۱۵		۴	۲
چاول تولے ہوئے (اور پھر دھوئے ہوئے)	۲۸		۱	۲
ساگودانہ	۲۶		۷/۸	۲٫۵

ان مقداروں میں پروٹین بھی موجود ہے

مندرجہ ذیل میں ۲۰ گرام کاربوہائڈریٹ موجود ہیں	گرام	یا اونس	گرام
شکر	۲۱	۳/۴	۰
کساوا کی سوجی (tapioca)	۲۳	۳/۴	۰

فہرست ب ۔ نصف کاربوہائڈریٹی راتب (۱/۲ ک س)

پھل جو تازہ اور پختہ ہوں الّا اس صورت میں کہ اسکے خلاف بیان کیا جائے اور خوردنی حصہ کو تولا جاتا ہے۔

پھل

مندرجہ ذیل میں ۱۰ گرام کاربوہائڈریٹ موجود ہیں	گرام	اونس
سیب	۹۲	۳ ۱/۴
خوبانی (apricot)، چھلکے سمیت لیکن گٹھلیوں کے بغیر	۱۶۲	۵ ۳/۴
کیلا	۵۶	۲
بلیک بیری (blackberries)	۱۷۴	۶ ۱/۸
شاہ دانہ (cherries)	۹۳	۳ ۱/۴
کشمش، سیاہ	۱۶۷	۵ ۷/۸
کشمش، سرخ	۲۵۵	۹
آلو بخارا (damsons)	۱۱۵	۴
گوس بیری (gooseberries)	۱۲۰	۴ ۱/۴
انگور	۷۲	۲ ۱/۲
گرین گیج (greengages)	۹۳	۳ ۱/۴
ییلو میلن (yellow melon)	۲۱۸	۷ ۳/۴
نارنگی	۱۲۷	۴ ۱/۲
آڑو	۱۱۸	۴ ۱/۸
ناشپاتی	۱۰۴	۳ ۵/۸
انناس، ٹین بند	۳۱	۱
پلم (Victoria) (plum)	۱۱۳	۴

مندرجہ ذیل میں ۱۰ گرام کاربوہائیڈریٹ موجود ہیں	گرام	اونس
پرُون (prunes) جو معہ گٹھلیوں کے دھیمی آنچ پر پکائے ہوئے ہوں	۸۲	۳
رسّ بھری (raspberries)	۱۹۶	۶ ۵/۸
اسٹابری (strawberries)	۱۷۷	۶ ۱/۴

ان میں پروٹین ناقابلِ التفات ہے

سبزیاں

گروہ ۱

مندرجہ ذیل کی معمولی مقدار :—

چقندر	پیاز	سویڈی شلجم (swedes)
گاجر	پارسنپ (parsnip)	نصف چھوٹا گریپ فروٹ (grapefruit)

گروہ ۲

مندرجہ ذیل کی اتنی مقدار کہ جتنی خواہش ہو :—

یورشلم آرٹی چوک (Jerusalem artichokes)	کرفس (celery)	مولی
	کھیرا	ریوند چینی
اسپیراگس (asparagus)	فرانسیسی پھلیاں (French beans)	بحری گوبھی (sea kale)
برسلز سپروٹز (Brussel's sprouts)		اسفاناج (spinach)
	کاہو (lettuce)	ٹماٹر
کرم کلہ (cabbage)	گھیا کدو (marrow)	سلادآبی (watercress)
پھول گوبھی (cauliflower)	مسٹرڈ اینڈ کریس (mustard & cress)	

فہرست ج۔ نصف شحمی راتب (۱/۲ ش ر)

مندرجہ ذیل میں ۵ گرام شحم موجود ہے	گرام	اونس	ان مقداروں میں اتنی پروٹین بھی موجود ہے گرام
مکھن	۶	۱/۴	۰
پنیر شڈر (cheddar)	۱۵	۱/۲	۳٫۵

مندرجہ ذیل میں ۵ گرام شحم موجود ہے	گرام	اونس	ان مقداروں میں اتنی پروٹین بھی ہے گرام
پنیر، ہالنڈی (Dutch)	۱۴	½	۵
انڈا، ایک عدد	۵۶	۲	۶

مچھلی وغیرہ

خوردنی حصہ پکایا جاتا ہے

مندرجہ ذیل میں ۵ گرام شحم موجود ہے	گرام	اونس	ان مقداروں میں اتنی پروٹین موجود ہے گرام
بلوٹرز (bloaters)، کباب کی ہوئی	۲۹	۱	۶
ایل (eel)، دھیمی آنچ پر پکی ہوئی۔	۲۸	۱	۳
ہرنگ (herring)، تلی ہوئی	۲۶	۱	۶
کپرز (kippers)، تنور میں بھنی ہوئی۔	۴۴	۱½	۱۰
میکرل (mackerel)، تلی ہوئی	۴۴	۱½	۹
سارڈینز (sardines)	۲۲	¾	۴٫۵
سپراٹز (sprats)، دھوئیں میں سکھائی ہوئی اور کباب کی ہوئی۔	۲۱	¾	۵٫۵
سفید مچھلی (white fish)، بھاپ سے پکائی ہوئی۔	۷۰	۲½	۱۵
کیکڑا (crab)، بلا سیپی کے	۷۰	۲½	۱۵
جھینگا مچھلی، بلا سیپی کے+	۷۰	۲½	۱۵
چھوٹی جھینگا مچھلی، بلا سیپی کے+	۷۰	۲½	۱۵

+ اس میں ۴ گرام مکھن ملاؤ

گوشت

سور کا نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا گوشت، گردن کا پٹھہ اور ران کا۔	۱۵	۱½	۴
سور کی بے چربی کی ران، نمک لگائی ہوئی اور دھوئیں میں پکائی ہوئی۔	۳۷	۱¼	۸٫۵

مندرجہ ذیل میں ۵ گرام شحم موجود ہے	گرام	اونس	ان مقداروں میں اتنی پروٹین موجود ہے گرام
گائے کی پٹھہ کا گوشت، بے چربی کا	۴۰	۱½	۱۱
گوشت کا مسلسلہ دھیمی آنچ پر پکا ہوا (اس میں چربی نہیں ہے)	۵۸	۲	۱۸
بچھڑے کی پنڈلی کا گوشت، بے چربی کا، لپٹا ہوا بریاں کیا ہوا۔	۴۳	۱½	۱۲٫۵
دیگر گوشت، بے چربی کا	۳۰	۱	۸
اعضا			
قلب، بریاں کیا ہوا	۳۴	۱¼	۸٫۵
گردہ، تلا ہوا	۵۵	۲	۱۵٫۵
جگر	۳۲	۱	۱۰
لبلبہ، دھیمی آنچ پر پکایا ہوا	۵۵	۲	۱۲٫۵
زبان، دھیمی آنچ پر پکائی ہوئی	۲۱	¾	۴
اوجھڑی، دھیمی آنچ پر پکائی ہوئی	۸۳	۳	۱۵
مرغیاں بطخ وغیرہ			
چوزہ، بریاں کیا ہوا	۶۸	۲¼	۲۰
بطخ، دھیمی آنچ پر پکایا ہوا ہوئی	۲۱	¾	۵
ہنس	۲۲	¾	۶
پارٹرج (partridge)	۴۲	۱½	۱۵
فیزنٹ (pheasant)	۵۴	۲	۱۶
ارنب (rabbit)، دھیمی آنچ پر پکایا ہوا	۳۳	۲¼	۱۲
پیرو (turkey)، بریاں کیا ہوا	۳۳	۲¼	۱۹٫۵

فہرست د - وہ غذا جس میں کاربوہائیڈریٹ، شحم اور پروٹین موجود ہیں

مندرجہ ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	ک ہ	ش ہ	گرام پروٹین موجود ہے
دودھ مکعب سینٹی میٹروں میں ناپا ہوا	۲۰۰	۷	¼	¼	۷

مندرجہ ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	لق س	ش س	گرام موجود ہیں
	۳۷۰	۱۳	۱	۱½	۱۳
	۵۷۰	۲۰	۱½	۲	۲۰

بسکٹ

مندرجہ ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	لق س	ش س	گرام موجود ہیں
باتھ آلیور (bath oliver) (۳½ بسکٹ)	۴۶	۱½	۱½	½	۴٫۵
بریکفاسٹ (breakfast) (۸ ") (H & P)-	۵۴	۲	۲	½	۵٫۵
کریم کریکر (cream cracker) (۷ ") (H & P)-	۵۶	۲	۲	۱	۴٫۵
پیٹی بیور (Petit Beurre) (۴½ ") P.F	۴۴	۱½	۱½	½	۴٫۵
شارٹ بریڈ (shortbread) (Grenock) ۲½" (P.F)	۳۴	۱½	۱	۱	۲٫۵
+ چاکولیٹ (chocolate)، بورن ول (Bournville)	۵۶	۲	½	۱½	۱۰
+ چاکولیٹ بریکفاسٹ (chocolate (cadbury) breakfast)	۲۶	۱	۱	-	۱۵

سپاریاں (nuts)

مندرجہ ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	لق س	ش س	گرام موجود ہیں
برازیل (brazil)	۱۵	½	۰	۱	۲٫۵
جوز (chestnut)	۷۵	۲½	۱	½	۴٫۵
فلبرٹز (filberts) (۱۵ گرام ڈبل روٹی ملاؤ)	۱۵	½	½	۱	۴
اخروٹ	۱۶	½	-	۱	۳

مختلف نسخے

مندرجہ ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	لق س	ش س	گرام موجود ہیں
+ ۱۔ فروٹ کیک (fruit cake)	۳۹	۱⅓	۱	½	۲

مندرجہ ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	ک ر	ش ر	گرام موجود ہیں
+ ۲ - اسفنج کیک (sponge cake)	۳۷	۱ ۱/۳	۱	۱/۲	۳
۳ - پنیر کی لوریں (cheese straws) نسخہ میں دی ہوئی مقدار کا ایک چوتھائی حصہ۔	۵۳	۱ ۴/۵	۱	۱	۸٫۵
۴ - پنیر کے ساتھ پکی ہوئی مکرونی (macaroni cheese)۔ نصف پڈنگ۔	۲۰۰	۷	۱ ۱/۲	۱ ۱/۲	۱۹٫۵
۵ - آلوؤں کا بھرتا - نصف مقدار	۱۲۰	۴ ۱/۵	۱	۱/۲	۲٫۵
۶ - (ا) پھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ، بھاپ سے پکائی ہوئی۔ نصف پڈنگ	۱۵۰	۵ ۱/۴	۱ ۱/۲	۱	۱۱
(ب) پھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ، تنور میں بھنی ہوئی۔ نصف پڈنگ	۱۳۰	۴ ۱/۲	۱ ۱/۲	۱	۱۱
۷ - ڈبل روٹی اور مکھن کی پڈنگ۔ نصف پڈنگ	۱۷۰	۶ ۱/۴	۱ ۱/۲	۱	۱۰٫۵
۸ - خوش مزہ پڈنگ۔ نصف پڈنگ	۲۱۰	۷	۱	۱ ۱/۲	۱۱
۹ - (ا) سوئٹ (suet) کی پڈنگ بھاپ سے پکائی ہوئی۔ نصف پڈنگ	۵۹	۲	۱	۱	۴
(ب) سوئٹ کی پڈنگ، تنور میں بھنی ہوئی۔ نصف پڈنگ	۴۷	۱ ۲/۳	۱	۱	۴
۱۰ - یارک شائر (Yorkshire) کی پڈنگ۔	۱۱۳	۴	۱ ۱/۲	۱	۱۱
۱۱ - ڈبل روٹی کی بھرتی - نصف مقدار	۲۸	۱	۱/۲	۱/۲	۲

+ وہ غذائیں جن پر یہ نشان ہے ۱۰ - ۱۱ گرام سے زیادہ حل پذیر کاربوہائیڈریٹ پر مشتمل ہوتی ہیں اور صرف طبیب ہی ان کی اجازت دے سکتا ہے۔

نسخے

(۱) فروٹ کیک۔ ½ پونڈ آٹا۔ ½ پونڈ سمرنا کی کشمش۔ ¼ پونڈ شکر۔ ¼ پونڈ مکھن۔ ۲ انڈے۔ ½ ۲ اونس دودھ۔ ۱۰ گرام رائل بیکنگ پوڈر (royal baking powder) ٹی سپون فل)۔ تنور میں ایک گھنٹہ۔

(۲) اسفنج کیک۔ ۲ اونس آٹا۔ ¼ پونڈ شکر۔ ۲ اونس مکھن۔ ½ ۲ اونس دودھ۔ ۳ انڈے ۵ گرام بیکنگ پوڈر (ہموار ٹی سپون فل)۔ تنور میں ۳۵ منٹ۔

(۳) پنیر کی لوزیں (cheese straws)۔ ۷۰ گرام (½ ۲ اونس) پنیر (پرما (parma) کا) ۱۱۳ گرام (۴ اونس) آٹا ۶۲ گرام (½ ۲ اونس) مکھن ایک انڈے کی زردی ½ اونس پانی، نمک، تیا مرچ۔ آٹا چھان لو، مکھن ملا کر لو، گھس کر چھلا ہوا پنیر اور مسالے ملاؤ، اور خفیف طور پر پھینٹی ہوئی انڈے کی زردی اور پانی کے ذریعہ چپکاؤ کر جس سے ایک سخت پیڑا بن جائے، اس کو ہلکے سے گوندھو، بیلن کے ذریعہ اسکو پتلا پھیلاؤ اور کاٹو۔ تنور میں مدت ۱۵ منٹ۔

(۴) پنیر کے ساتھ پکی ہوئی مکرونی (macaroni cheese)۔ ۴۵ گرام (۲ اونس) مکرونی [یا ۳۵ گرام (½۱ اونس) سپگھٹی (spaghetti)]، چٹنی ۱۱ کے اجزا ۶۲ گرام (½ ۲ اونس) تنڈا پنیر۔ مکرونی کو پانی میں ایک گھنٹہ تک بھگوئے رکھو پھر نمک ملا کر جوش دو یہاں تک کہ یہ نرم ہو جا، پھر چھان لو۔ تیز چٹنی تیار کر کے اس میں مکرونی اور بیشتر حصہ پنیر کا ملا دو، رائی اور نمک کے ذریعہ خوب مسالہ دار بناؤ، پھر پڈنگ کے کٹورے میں منتقل کرو، بقیہ پنیر کو پڈنگ کے اوپر چھڑک دو، اور تنور میں بھورا کرو۔ مدت ۴۵ منٹ۔

(۵) آلوؤں کا بھرتا۔ ۲۰۰ (۷ گرام) چھلے ہوئے پرانے آلوؤں کو جوش دو یہاں تک کہ وہ نرم ہو جائیں، پانی کو پھینک کر خفیف سی بھاپ دو تاکہ وہ پورے پک جائیں۔ اس طرح پکانے پر وزن میں کوئی تبدیلی نہیں ہوتی۔ ایک اونس دودھ، ۱۴ گرام (½ اونس) مکھن کے ہمراہ بھرتا بناؤ اور سیاہ مرچ ملاؤ۔

(۶) پھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ۔ (ا) ۷۰ گرام (½ ۲ اونس) آٹا، ایک انڈا، ۶ اونس دودھ، ۱۴ گرام (½ اونس) مکھن تسلے کے لئے۔ آمیز کرو، پھینٹو اور ڈھانک کر رکھا رہنے دو، گاہے گاہے پھینٹو۔ پھر بھاپ دینے والے ظرف کو گرم کرو،

جب کہ مکھن اچھی طرح پگھلا ہوا ہو۔ مدت ایک گھنٹہ (ب) اس کو ۴۰ منٹ تنور میں بھونا جاتا ہے۔

(۷) ڈبل روٹی اور مکھن کی پڈنگ ۔ ۷۵ گرام (۲ اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی، ۶ گرام (⅕ اونس) مکھن، ایک انڈا، ۱۰ اونس دودھ، ۱۲ گرام (۱/۳ اونس) سمرنا کی کشمش۔ مدت دو گھنٹہ۔

(۸) خوش ذائقہ پڈنگ ۔ ۷۵ گرام (۲ اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی کے ٹکڑے، ۱۶ گرام (½ اونس) مکھن، ۲ انڈے، ۷ اونس دودھ، معتدل جسامت کا ایک پیاز، مخلوط بوٹیاں یا کٹی ہوئی پارسلے (parsley)، سیاہ مرچ اور نمک۔ پیاز کے ٹکڑے کر کے نمکین پانی میں جوش دو یہاں تک کہ وہ نرم ہو جائے، انڈوں کو پھینٹو، اجزا کو آمیز کرو اور بوٹیوں، سیاہ مرچ اور نمک کے ذریعہ خوب مسالہ دار بناؤ، کٹورے میں مکھن لگاؤ اور ۴۰ ۔ ۵۰ منٹ تک تنور میں بھونو۔

(۹) سویٹ کی پڈنگ ۔ ۴۹ گرام (۱¾ اونس) آٹا۔ ۲۲ گرام (⅘ اونس) ٹکڑے کی ہوئی سویٹ (Atora)، ۱½ اونس دودھ، ۴ گرام رائل بیکنگ پوڈر، نمک۔ آٹے، بیکنگ پوڈر اور نمک کو چھان لو۔ سویٹ ملاؤ، پھر دودھ ڈال کر اس کو چھری کے ذریعہ خوب آمیز کرو۔ آمیزہ کو ۱/۲ میں پھیل پر ایک "ٹوپی" کی صورت میں لگانے کے لئے چاقو استعمال کرو۔ (ا) اس کو چربی بند کاغذ کے ذریعہ ڈھانک دیا جاتا ہے اور ۹۰ منٹ تک بھاپ پر پکایا جاتا ہے یا (ب) تنور میں ۳۰ منٹ تک بھونا جاتا ہے۔
(ج) اگر ایک سلور سائڈ سٹو (silverside stew) میں ڈمپلنگز (dumplings) کی ضرورت ہو تو ۷۰ گرام (۲½ اونس) آٹا آمیزہ میں، اور ۱۰ گرام (½ اونس) آٹا ڈمپلنگز کو ڈھانکنے کے لئے استعمال کرو۔

(۱۰) یارک شائر (Yorkshire) کی پڈنگ ۔ وہی آمیزہ جو کہ ۱۵ میں ہے، لیکن ڈش (dish) کو بھوننے کے لئے مکھن کی بجائے چربی (dripping) استعمال کرو۔ تنور میں ۲۵ منٹ۔

(۱۱) سفید چٹنی کا گھان (pouring) ۔ ۱۴ گرام (½ اونس) آٹا، ۴ گرام (⅛ اونس) مکھن، ½ ۶ اونس دودھ، نمک اور سیاہ مرچ۔ مکھن کو پگھلاؤ اور آٹے میں ملا دو

آمیز کرو، دودھ کو آہستہ آہستہ ملاؤ، شروع سے آخر تک ہلاتے جاؤ، اور ہر اضافہ کے بعد جوش دو۔ ۵ منٹ تک جوش دو۔ مسالے ملاؤ۔

(۱۲) ڈبل روٹی کی بھرتی یا قیمہ کی بھرتی (force-meat) - ۲۹ گرام (ایک اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی کے ٹکڑے، ۱۲ گرام (½ اونس) مکھن، مارگرین (margarine) یا چربی (dripping)، ½ اونس دودھ، مخلوط بوٹیاں، سیاہ مرچ اور نمک۔ مکھن کو روٹی کے ٹکڑوں میں ملا کر ملو، مسالہ ملاؤ، آمیز کرو، اور دودھ سے تر کرو۔ گائے کے گوشت یا بچھڑے کے گوشت کے پارچوں کے لئے جو سبزیوں میں لپیٹ کر دم پخت کئے جاتے ہیں، یا جگر کیلئے استعمال کرو۔ اس سے زیادہ مقدار میں پرندوں، شکار کے جانوروں، گیلنٹائنز (galantines) یا مچھلی میں بھرنے کے لئے یا گولوں کی صورت میں بنا کر بائلنگ اسٹاک (boiling stock) میں ۱۰ منٹ تک دم پخت کرنے کے لئے۔ پکانے میں ۶ گرام (½ اونس) آٹا استعمال کرنا چاہئے۔

۱۴۰۰ حرارے۔ نسبت لک اور ش کی = ۲ : ۱

(½ ۲ لک س، ½ ۲ ش س، ۴۴ گرام پ) ۱۳۰ گرام لک ۶۵ گرام ش ۲۴۴ گرام پ

		گرام	اونس	لک س	ش س	گرام پ
دن بھر	دودھ ۱۰ اونس (½ پائنٹ)	–	–	½	½	۴
(۱ لک س، ½ ش س)	سبزیاں (فہرست ب)، نصف چھوٹے گریپ فروٹ سمیت۔	–	–	½	–	–
ناشتہ	چھنے ہوئے آٹے کی روٹی	۴۶	⅝ ۱	۲	–	۴
(۲ لک س، ½ ۱ ش س)	سور کا نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا گوشت گردن کا یا پٹھہ اور ران کا، تلا ہوا (فہرست ج، دو حصے)	۳۰	۱	–	۱	۸

477

	گرام	اونس	ک ر	ش ر	گرام پ
مکھن (فہرست ج، ۱ حصہ)	۶	¼	-	½	-
ٹماٹر (فہرست ب)					
شام کا کھانا					
(الف ر ۲ ش ر) سور کی ران نمک لگائی ہوئی اور دھوئیں میں بریاں کی ہوئی (فہرست ج، ۲ حصے)	۸۰	۳	-	۱	-
اُبلے ہوئے آلو پرانے (فہرست ا، ۱ حصہ)	۱۱۵	۴	۱	-	۲
مکھن (فہرست ج، ۲ حصے)	۱۲	¾	-	۱	-
سبزیاں (فہرست ا)					
نصف چھوٹا گریپ فروٹ					
چائے سلاد (فہرست ب)					
(½ ک ر ۱ ش ر) ڈبل روٹی (فہرست ا، ½ حصہ)	۱۹	⅝	½	-	۱٫۵
انڈا (۱) یا سارڈین مچھلیاں (فہرست ج، ۱ حصہ)	۲۲	¾	-	½	۸٫۵
مکھن (فہرست ج، ۱ حصہ)	۶	¼	-	½	-
رات کا کھانا شیڈر پنیر (فہرست ج، ۲ حصے)	۳۰	۱	-	۱	۹
(۲ ک ر ½۱ ش ر) مکھن (فہرست ج، ۱ حصہ)	۶	¼	-	½	-
ڈبل روٹی	۵۷	۲	۱½	-	۵
پھل (فہرست ب، ۱ حصہ)			½	-	-
			۶½	۶½	۶۶

۱۸۰۰ حرارے نسبت ک اور ش کی ۱:۱

(½۸ ک ر، ½۸ ش ر، ۷۰ گرام پ) ۱۷۵ گرام ک ۸۵ گرام ش ۷۰ گرام پ

وقت	غذا	گرام	اونس	ک ہ	ش ہ	گرام پ
دن بھر	دودھ، ۷ اونس (۱/۳ پائنٹ)	-	-	۱/۴	۱/۴	۷
	سبزیاں (فہرست ا) نصف					
	چھوٹے گریپ فروٹ سمیت	-	-	۱/۲	-	-
ناشتہ	ڈبل روٹی	۱۱۴	۴	۳	-	۱۰٫۵
(۲ ک ہ ۱/۲ ۲ ش ہ)	سور کا نمک لگایا ہوا اور کھایا گوشت، گردن کا یا پٹھا اور ران کا ابلا ہوا (فہرست ج ۱ حصے)	۳۰	۱	-	۱	۸
	ٹماٹر (فہرست ب)					
	انڈا (۱) (فہرست ج ۱ حصے)	-	-	-	۱/۲	۶
	مکھن (فہرست ج ۱ حصے)	۱۲	۳/۸	-	۱	-
شام کا کھانا (۱ ک ہ ۲ ش ہ)	بے چربی کا گوشت (فہرست ج ۲ حصے)	۶۰	۲ ۱/۸	-	۱	۱۶
	اُبلے ہوئے آلو پرانے (فہرست و ۱ حصہ)	۱۱۵	۴	۱	-	۲
	مکھن	۱۲	۳/۸	-	۱	-
	سبزیاں (فہرست ا)					
	نصف چھوٹا گریپ فروٹ					
چائے	سلاد (فہرست ا)					
(۱/۲ ک ہ ۱ ش ہ)	ڈبل روٹی (فہرست و ۱/۲ حصہ)	۱۹	۳/۸	۱/۲	-	۱٫۵
	مکھن	۶	۱/۴	-	۱/۲	-
	سارڈین مچھلیاں (فہرست ج ۱ حصہ)	۲۲	۳/۴	-	۱/۲	۴٫۵
رات کا کھانا	شڈر پنیر (فہرست ج ۳ حصے)	۴۵	۱ ۵/۸	-	۱ ۱/۲	۱۳٫۵

	گرام	اونس	ل ر	ش ر	گرام پ
مکھن	۱۲	۳/۸	–	۱	–
ڈبل روٹی	۹۵	۲½	۲½	–	۸ر۵
پھل (فہرست ب ۱ حصہ)	–	–	½	–	–
			۸½	۸½	۲۲ر۵

۲۲۰۰ حرارے ۔ نسبت ل اور ش کی ۱:۲

(۱۰½ ل ر، ۱۰½ ش ر، ۴۴ گرام پ) ۲۱۰ گرام ل، ۱۰۵ گرام ش اور ۴۴ گرام پ)

		گرام	اونس	ل ر	ش ر	گرام پ
دن بھر	دودھ، اونس (½ پائنٹ)	–	–	½	½	۷
	(ال ر، ½ ش ر) سبزیاں (فہرست ب) نصف چھوٹے گریپ فروٹ سمیت	–	–	½	–	–
ناشتہ	ڈبل روٹی	۱۱۴	۴	۳	–	۱۴
	(½۲ ل ر، ۲ ش ر) سور کا نمک لگایا ہوا اور سکھایا		۱			
	ہوا گوشت، گردن یا پٹھا اور ران کا تلا ہوا (فہرست ج ۲ حصے)	۳۰	۱	–	۱	۸
	ٹماٹر (فہرست ب)	–	–	–	۱	–
	انڈے (۲) (فہرست ج ۲ حصے)	–	–	–	۱	۱۴
	مکھن (فہرست ج ۲ حصے)	۱۲	۳/۸	–	۱	–
	پھل (فہرست ب ۱ حصہ)	–	–	½	–	–
شام کا کھانا	ابلی مچھلی، دھیمی آنچ پر پکی ہوئی (½ ل ر، ۳ ش ر) (فہرست ج ۳ حصے)	۸۴	۳	–	۱½	۹
	اُبلے ہوئے آلو (فہرست د ۱ حصہ)۔	۱۱۵	۴	۱	–	۲

		گرام	اونس	لٹ ر	ش ر	گرام پ
	ڈبل روٹی (فہرست ڈ ½ حصہ)	۱۹	۵/۸	½	–	۱٫۵
	مکھن (فہرست ج ۳ حصے)	۱۸	۵/۸	–	۱½	–
چائے	سلاد (فہرست ب)					
(۱ لٹ ر ۱ ش ر)	ڈبل روٹی (فہرست ڈ ۱ حصہ)	۳۸	۱ ۳/۸	۱	–	۳٫۵
	سارڈینز (فہرست ج ۱ حصہ)	۲۲	۳/۴	–	½	۴٫۵
	مکھن (فہرست ج ۱ حصہ)	۶	۱/۴	–	½	–
رات کا کھانا	شٹڈ پنیر (فہرست ج ۳ حصے)	۴۵	۱ ۵/۸	–	۱½	۱۳٫۵
(۳½ لٹ ر ۲ ش ر)	ڈبل روٹی (فہرست ڈ ۳ حصے)	۱۱۴	۴	۳	–	۱۴
	مکھن (فہرست ج ۳ حصے)	۱۸	۵/۸	–	۱½	–
	پھل (فہرست ب ۱ حصہ)	–	–	½	–	–
				۱۰½	۱۰½	۸۹٫۰

طبعی درجہ پر لانے کے لئے اکثر خود ہی کافی ہوں گی، لیکن کیتونیت سے بچنا چاہیئے۔ یہی اصابتیں ہیں کہ جن میں بلند کاربوہائیڈریٹ اور پست شحم والی غذا بھی کامیابی کے ساتھ استعمال کی جاسکتی ہے بغیر اس کے کہ انسولین دیجائے۔ تاہم نوعمر مریضوں میں، خواہ اُنکی حالت کیسی ہی خفیف درجہ کی ہو، انسولین کا علاج فی الفور شروع کردینا چاہیئے، تاکہ مرض خراب تر نہ ہونے پائے، اور ساتھ ہی جزائر کو آرام کا موقع ملنے سے کیتقدر شفابخش اثر بھی پیدا ہوسکے۔ عمومی معدم حس دوا کے استعمال سے نصف گھنٹہ قبل ڈیکسٹروس (۲ اونس کے قریب) دے دینی چاہیئے، اور اس سے نصف گھنٹہ قبل انسولین کی ۲۰ اکائیاں۔

علاج مابعد (after-treatment)۔ مریضوں کو یہ سکھلا دینا چاہیئے کہ وہ خود کو انسولین کی پچکاری کس طرح لگائیں، اور انہیں شکر کے لئے امتحان بول کا طریقہ بھی جاننا چاہیئے۔ معمر مریضوں میں انسولین کا استعمال کسی وقت بھی موقوف کیا جاسکتا ہے، اور اس سے کوئی نقصان نہ ہوگا۔ نیز ممکن ہے کہ اس کا استعمال جاری

رکھنا غیر ضروری ہو جائے۔ نوعمروں میں اِنسولین کی مقدار اعظم ہونی چاہیے کہ جس کو مریض متحمل ہو سکے بغیر اس کے کہ علامات پیدا ہوں۔ طبعی ہائپرگلوکی کے ساتھ پیشاب ہمیشہ خالی از شکر اور کیٹونیت کے لئے راتھیرا کا امتحان ہمیشہ منفی ہونا چاہیے۔ اکثر راتھیرا کا مثبت امتحان اُس وقت پایا جاتا ہے جب کہ اِنسولین بے حد کم استعمال کی جا رہی ہو جس سے دموی شکر طبعی درجہ سے اوپر رہتی ہے (14) لیکن وہ اُس وقت بھی مثبت پایا جاتا ہے جب کہ غذا میں کاربوہائیڈریٹ ازحد کم اور چربی ازحد زیادہ ہوتی ہے۔ لہٰذا جب ایسی حالت ہو تو غذا میں کچھ ترمیم کرنی چاہیے۔ اگر مریضوں کو خلاف عادت عضلی ورزش کرنا ہو تو اُنہیں اِنسولین کم لینی چاہیے کیونکہ ورزش دموی شکر کو کم کر دینے کا رجحان رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایک مریض جس کا علاج ابھی بیان کئے ہوئے اصول پر کیا جا رہا ہے کچھ عرصہ کے بعد یہ محسوس کرے کہ اِنسولین کی وہ مقدار جس کا وہ عادی ہے حد سے زیادہ ثابت ہو رہی ہے کیونکہ اسے قلیل شکر دموی ردعمل محسوس ہو رہے ہیں۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ اُس کی حالت میں اصلاح ہو رہی ہے اور اُس مقدار کو کم کرنا چاہیے۔ اگر اِنسولین سے شفایابی ممکن ہے تو شفاء کامل کے لئے یقیناً چند سال کی ضرورت ہو گی۔

سرایت۔ جب مریض کو کوئی حاد سرایت مثلاً التہاب لوزتین، انفلوئنزا، کھسرا، ذات الریہ، معدی معوی التہاب وغیرہ ہو جاتا ہے، تو جسم کو اِنسولین کی زیادہ احتیاج ہو جاتی ہے۔

(ا) اگر معمولی غذا لی جا رہی ہے تو اِنسولین کی معمولی مقدار دی جاتی ہے۔ پیشاب کا امتحان ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے کرنا چاہیے، اور اگر شکر ظاہر ہو تو دوپہر کے کھانے سے پہلے یا وسط شب میں (ایک بار دوپہر کا کھانا اور دیگر) اِنسولین کی ایک تازہ مقدار استعمال کرنا چاہیے۔ ممکن ہے کہ اِنسولین کی مقدار میں تدریجی زیادتی بھی ضروری ہو۔ لیکن جوں ہی کہ تپش گر جائے اور پیشاب خالی از شکر ہو، لاناً انسولین کو فی الفور کم کر دینا چاہیے۔

(ب) فرض کرو کہ غذا نہیں لی جا رہی ہے (مثلاً اگر قے موجود ہے)۔

(۱) اگر پیشاب میں شکر موجود ہے تو اِنسولین کی پوری مقدار معمولی وقت پر دینی

چاہیئے، اور پیشاب کا امتحان ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے کرکے جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے اِنسولین میں تازہ اضافے کئے جائیں ۔ (۲) اگر پیشاب میں شکر موجود نہ ہو تو انسولین معمولی مقدار سے آدھی دینی چاہیئے، اور ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے امتحانِ بول کرکے اگر ضرورت ہو تو اِنسولین کی تازہ مقادیر دی جائیں ۔ دونوں حالتوں میں یہ بہتر ہوگا کہ اِنسولین سے آدھ گھنٹہ بعد گلوکوس ۱۰ فی صدی محلول میں (۱ گرام فی اکائی) دینا چاہیئے ۔

479 ذیابیطسی قوما (diabetic coma)- ذیابیطسی قوما کے آغاز میں اِنسولین کی ایک بڑی مقدار (مثلاً ۶۰ اکائیاں) کچھ تو تحت الجلدی راہ سے اور کچھ دروں وریدی راہ سے، دینا چاہیئے، جس کے ہمراہ ۶۰ گرام شکر ایک پائنٹ پانی میں دینی چاہیئے اور تحت الجلد اشراب مع شکر کے ہر چوتھے گھنٹے مکرر دینا چاہیئے، یہاں تک کہ پیشاب کیٹونی اجسام سے مبرا ہو جائے ۔ اس کے بعد انسولین مع شکر کے نسبتہً قلیل تر مقداروں میں زیادہ طویل وقفوں سے جاری رکھیں ۔ جب جب پیشاب ہو اُس کے ہر نمونہ کا امتحان کرنا اہم ہے، اور اگر تین یا چار گھنٹے تک امتحان کے لئے پیشاب نہ ہوا ہو تو اُس کا نمونہ حاصل کرنے کے لئے قاثاطیر استعمال کرنا چاہیئے ۔ اِن احتیاطوں سے کام لینے کی وجہ یہ ہے کہ ایسے قوی علاج سے جو ذیابیطسی قوما کے لئے ضروری ہوتا ہے، مریض کو درمیان میں ہوش آئے بغیر نہایت آسانی کے ساتھ قلیل شکر دمویتی قوما کی حالت طاری ہو جاتی ہے ۔ اگرچہ بیان کردہ طریقہ سے شکر دینے پر ایسا ہونا خلاف قیاس ہے ۔

اس کے علاوہ علاج کا ایک نہایت اہم طریقہ یہ ہے کہ ایسے سیّال کی بڑی مقداریں دی جائیں، جس میں شکر اور شاید سوڈیم بائی کاربونیٹ موجود ہو ۔ اِس کے اثر سے سیلانِ بول جاری رہکر زہری اَیسیٹو اَیسیٹک ایسڈ کے خارج ہونے میں مدد ملے گی جو غالباً ذیابیطسی قوما کا سبب ہوتا ہے ۔ بے ہوش مریض میں اِس سیّال کو دینے کے لئے ایک معدی انبوبہ' انبوبہ آئن ہارن (Einhorn's tube)' یا ایک لمبا انفی انبوبہ اور ایک قیف ضروری ہیں ۔ مریض کو دائیں کروٹ پر لٹا دیا جاتا ہے تاکہ سیال جاذبہ کے اثر سے فوراً اثنا عشری میں چلا جائے ۔

ایک پائنٹ گرم عقیم ہم تنشی محلول ہر گھنٹہ دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ آزادانہ سیلانِ بول قائم ہو جائے۔ اگر مریض قئے کرے تو اِس علاج کو ہرگز موقوف نہیں کرنا چاہئے بلکہ اُس کے استعمال کی اصلی مدت کو زیادہ طویل کر دینا چاہیئے تاکہ معدے کا تمدد نہ پیدا ہو سکے۔ بار بار امتحان کر کے یہ دیکھنے کی احتیاط عمل میں لانا چاہئے کہ شش کا اُذیما نمویاب نہ ہونے پائے۔ ایسا علاج ۲۴ تا ۴۸ گھنٹے کرنے کی ضرورت ہوگی قبل س کے کہ گہرے قوما کی حالت میں ہونے کے بعد مریض کامل طور پر ہوش میں آئے۔ جب مستعدی کے ساتھ علاج کے باوجود موت واقع ہو جائے تو ممکن ہے کہ اِس کا سبب یوریا دمویت ہو کیونکہ ایسی متعدد اصابتوں میں دموی یوریا بلند پایا گیا ہے (12,13)- مریض کو لٹا کر رکھنا چاہیئے تاکہ فشل قلب نہ ہونے پائے۔

قلیل شکر دمویت (hypoglycæmia)- قلیل شکر دمویت کے علامات اِس سے پہلے درج ہو چکے ہیں۔ علاج کے ابتدائی درجوں میں شدید قلیل شکر دمویت کا خطرہ نہیں ہوتا، بشرطیکہ علاج صحیح طور پر کیا جا رہا ہو۔ اِس کے بعد ممکن ہے کہ شدید عضلی محنت سے قلیل شکر دمویت پیدا ہو جائے، بالخصوص اُس وقت جب کہ بلند کاربوہائڈریٹ والی غذا کا تحول واقع کرنے کے لئے اِنسولین کی بڑی مقداریں لی جا رہی ہوں۔ مریضوں کو چاہیئے کہ ناگہانی ضرورت کے موقع کے لئے اپنے ساتھ شکر کے کچھ ڈلے رکھیں۔

قلیل شکر دمویتی قوما (hypoglycæmic coma)

کچھ حد تک ذیابیطسی قوما کے برعکس ہوتے ہیں۔ پسینہ بکثرت آتا ہے ... اور مُشرف ہوتی ہے، وریدیں نمایاں طور پر اُبھر آتی ہیں۔ ممکن ہے کہ ... کچھ اُذیما اور اُس کے ساتھ ہی زراق اور سیال نفث ہو۔ مریض متشنج ... اور پیشاب میں کیتون نہیں ہوتے۔ ایک مریض نے شکایت کی کہ وہ ... نہیں لے سکتا۔ فالج نصفی (hemiplegia) بھی بیان کیا گیا ہے۔ قل... شکر دمویتی قوما کی حالت میں اَیڈرینالین (۱۰۰۰ میں ۱) ۵ ... قطروں کا تحت الجلدی اشرا... کیا جا سکتا ہے، یا اگر اس سے ناکامی ر... پٹیوٹرین (pituitrin) کی یہی مقدار دی جا سکتی ہے۔ یہ علاج صرف اُسی

فع بخش ہوگا جب کہ جگر میں گلائکوجن کا اچھا ذخیرہ موجود ہو۔ دہن کی راہ سے یا معدی
نو بہ کے ذریعہ بکثرت شکر (شکر نیشکر یا ڈکسٹروس کے ۲ تا ۸ اونس) دی جاتی ہے۔
ر مریض کو جلد ہوش نہ آجائے تو ڈیکسٹروس کے ۵ یا ۶ فی صدی محلول کا دروں
وریدی اشراب کیا جاتا ہے۔

خود بخود بیش انسولینیت (spontaneous hyperinsulinism)۔

اب تک انسولین کے استعمال سے متعلق قلیل شکرمویت کا ذکر کیا گیا ہے۔ خود بخود
بیش انسولینیت جزیرۂ لینگرہارن کے خلیات کے سلعہ یا بیش تکوین کے باعث پیدا
ہو جاتی ہے۔ شاذی قلیل شکرمویتی علامات کی اصابتیں بیان کی گئی ہیں جن میں
غشی یا تو ما اس وقت پیدا ہوتا ہے جب کہ مریض بہت مدت تک کچھ نہ کھائے،
اور ان اصابتوں میں شکر دینے سے افاقہ ہو جاتا ہے۔ عملیہ کے ذریعہ بعض اوقات
سببی حالت معلوم ہو گئی ہے، اور ضرر کو کامیابی کے ساتھ دور کر دیا گیا ہے۔
عمیق لاشعاع کو ایک متبادل طریقۂ علاج سمجھا جا سکتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں
طبعی لبلبہ پایا گیا ہے، اور علامات کا سبب کیا ہے یہ مسئلہ حل نہیں ہوا۔ گاہے جگر
سبب ہوتا ہے، گو کہ جگر سے قلیل شکرمویت ہونے کے یہ معنی ہیں کہ بہت وسیع
ماؤفیت موجود ہے، لہٰذا کبدی قلت کی دیگر امارات کی توقع کرنی چاہیے۔ ایک
امکان ذیل میں درج ہے، گو کہ اس کا ثبوت ہنوز مفقود ہے۔

مقدم نخاعی قلت۔ غدۂ نخامیہ کے مقدم لمتہ کے بہت سے افعال
میں سے ایک یہ ہے کہ انسولین کا تضاد العمل کیا جائے۔ چنانچہ کبر الجوارح
(acromegaly) کا ذیابیطس مشہور و معروف ہے۔ تجربہ پر یہ پایا گیا ہے کہ
اگر ایک لبلبہ ربودہ کتے میں نخامیہ کو بھی دور کر دیا جائے، تو حیوان کا ذیابیطس
جاتا رہتا ہے اور دموی شکر ممکن ہے طبعی کے اوپر سے نیچے آجائے۔ اگر نخامیہ کو
تنہا دور کیا جائے تو انسولین کا طبعی تضاد العمل مفقود ہوتا ہے، اور فاقہ کشی یا ورزش
کے بعد قلیل شکرمویت بآسانی واقع ہو جاتی ہے، جس کا علاج شکر دے کر کیا
جا سکتا ہے۔ ایسی اصابت میں مقدم نخامیہ کی تجہیزات آزمائی جا سکتی ہیں۔ قلیل
شکرمویت، سائمنڈ کے مرض (Simmond's disease) (جو ملاحظہ ہو) کے نام نہاد

نخامی ضعف (pituitary cachexia) میں مشاہدہ کی گئی ہے۔

قلیل شکر دمویت کی دیگر اصابتیں یہ ہیں:— وافر عضلی ورزش مثلاً لمبی دوڑ دوڑنے والوں میں، یا گلائکوجن کے ذخیروں کا ختم ہو جانا درقیہ کھلانے سے۔ ملاحظہ ہو ضمیمہ صفحہ 504۔

غدۂ درقیہ

(THYROID GLAND)

طبعی غدۂ درقیہ میں ایسے خلیات موجود ہوتے ہیں، جو کولائڈ کا افراز پیدا کرتے ہیں، اور اس کولائڈ سے ایک آیوڈین شامل رکھنے والی قلمی شئے علیحدہ کی گئی ہے جس کو تھائراکسین (thyroxin) کہتے ہیں۔

انسانی جسم میں طبعاً اس شئے کے تقریباً ۱۰ تا ۱۴ ملی گرام موجود ہوتے ہیں۔ یہ ہمیشہ آہستہ آہستہ بنتی ہے [غالباً ڈائی آیوڈوٹائروسین (di-iodo-tyrosine) (48) کے درجہ میں سے ہو کر] اور تلف ہوتی رہتی ہے۔ جوں ہی کہ غدہ کے حویصلات کو استر کرنے والے خلیات کولائڈ کا افراز کرتے ہیں یہ کولائڈ حویصلات کے اندر مذخور ہو جاتا ہے۔ چنانچہ اس کے مذخور ہو جانے کے بعد یہ خلیات چپٹے اور ساکن ہو جاتے ہیں۔ فعال افرازی خلیے مکعب یا اُستوانی ہوتے ہیں۔ یہ عنبیات کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں اور ان میں متسع عروق شعریہ کی وافر رسد پہنچتی ہے۔ مفرزہ تھائراکسین یا تو خارج ہو کر انہیں شعریات کے اندر چلی جاتی اور اس طرح دورانِ خون میں داخل ہو جاتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ کولائڈ کے طور پر عنبیات کے اندر مذخور ہو کر ایک حویصلہ پیدا کر دے۔ افرازی خلیے اس مرحلے یا درجہ میں ساکن ہو جاتے ہیں۔ درقیہ کی فعالیت افراز کی زیادتی سے اور کولائڈ کے اخراج سے ظاہر ہوتی ہے۔ یہ اخراج غالباً استر کرنے والے خلیوں کے درمیان کی درزوں میں سے ہوتا ہے (15)۔ تھائراکسین کی تاثیر یہ ہے کہ یہ مشارکی عصبی نظام کو تہیج کرتی ہے، شائد فوق الکلوی لب کا تہیج کر کے، کیونکہ

خون کے اندر ایڈرینین (adrenin) کی ایک زیادتی پائی جاتی ہے۔ جیسا کہ پہلے سمجھایا گیا ہے، درقی فوق الکلوی آلہ جگر کو تہیج کر کے گلائکوجن کو گلوکوز کی شکل میں جو ئے خون کے اندر منتقل کرتا ہے۔ تنفسی تبادلہ زیادہ ہو جاتا ہے اور جسمانی تپش بلند ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ بیرونی سردی میں تکشف ہونے سے اس آلہ کی وظیفی فعالیت زیادہ ہو جاتی ہے، اور حرارت اس آلہ کا امتناع کرتی ہے، اور اس آلہ پر جراثیمی سمیات کا عمل ہونے سے شاید بخار پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ در آں حالیکہ فوق الکلیہ کا فعل سریع اور مختصر ہوتا ہے، تھائراکسین کا فعل سست اور دیرپا ہوتا ہے۔ کیلسیم کے تحول پر درقیہ کی تاثیر، جوز العینی گائٹر کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے۔

گائٹر کی اصطلاح سے غدۂ درقیہ کی کلانی مراد ہے۔ یہ مندرجۂ ذیل شکلوں میں واقع ہوتی ہے:۔ (۱) بیش پرورش جس کے ساتھ حویصلات اور افرازی عنبات غدہ میں منتشر طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ بلوغ، حمل اور سن یاس کا گائٹر ہے، اور ممکن ہے کہ یہ مبیض برآری (oöphorectomy) اور مبیضی مرض (ovarian disease) کے بعد بھی واقع ہو جائے۔ (۲) کولائڈل گائٹر (colloid goitre)۔ (۳) کیسہ بند غدی سلعہ (encapsulated adenoma) جو جامد یا دو پری ہو سکتا ہے (یہ تین کلانیاں مقامی الحدوث یا انفرادی الحدوث گائٹر کی شکلیں ہیں)۔ (۴) اوّلی جحوظی گائٹر (primary exophthalmic goitre)۔ (۵) ثانوی مرض گریو (secondary Graves' disease) یا سمّی غدی سلعہ (toxic adenoma)۔ (۶) مرضِ خبیث۔

مقامی الحدوث یا انفرادی الحدوث گائٹر

(endemic or sporadic goitre)

بحثِ اسباب۔ گائٹر بعض مقامات میں کثیر الوقوع ہے۔ وہ انگلستان میں ڈربی شائر (Derbyshire) میں اور انگلستان کے مغرب اور

جنوب مغرب اور ویلز (Wales) میں ہوتا ہے (16)۔ اور شہروں کے نسبت اضلاع
میں زیادہ عام ہے۔ براعظم یورپ میں سیوائی (Savoy)، سوئزرلینڈ، شمالی اطالیہ
ٹائرال (Tyrol) اور اسٹائریا (Styria) کے پہاڑی خطوں میں کثیر الوقوع ہے
لیکن وہ صرف پہاڑیوں میں محدود نہیں، بلکہ اُن کے نیچے کے میدانوں میں دیہات
تک پھیلتا ہے۔ مقامی الحدوث گائٹر غالباً آیوڈین کی قلت یا غیر موجودگی کی وجہ سے
پیدا ہوجاتا ہے، اور ایسے اشخاص میں ہونے کا رجحان رکھتا ہے جو سمندر سے دور
رہتے ہیں۔ نیز وہ آیوڈین کی ضرورت کی زیادتی سے پیدا ہوجاتا ہے، جو پوری
نہ کی گئی ہو۔ اس ضرورت کو زیادہ کرنے میں بہت سے عاملات حصہ لیتے
ہیں۔ آب نوشیدنی کا زمین کے اندر کے کسی نامیاتی مادے سے ملوث ہوجانا
ممکن ہے براز ی ہو۔ سرایت، کیونکہ بعض اوقات حادّ گائٹر وبائی شکل میں واقع
ہوتا ہے (17)۔ شناخت ناشدہ مادے [شاید سایانینز (cyanins) جو کہ بافتی
امتناع کرتی ہیں] کرم کلہ اور بعض دیگر سبزیوں میں۔ شحم کثرت سے کھانا۔ بلوغ اور
تجربی حیوانوں میں حیاتین (اور ج کا فقدان، خواہ کثرت سے آیوڈین موجود ہو
(47)۔ گائٹر عورتوں اور نوعمروں میں نہایت عام ہے۔ غیر گائٹری اضلاع میں
واقع ہونے والے انفرادی الحدوث گائٹروں کی توجیہہ بھی انھیں اصول پر کی جا
سکتی ہے۔ مقامی الحدوث گائٹر اکثر مخاطی اُذیما اور قمات کے ساتھ
وابستہ ہوتا ہے۔

امراضیات۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، آیوڈین کی قلت
غدے کی فعالیت کو تحریک پہنچاتی ہے، جس کے ساتھ ہی افرازی خلیات
کا تکاثر ہوکر لیفی ہیکل اور دموی رسد کی زیادتی اور کولائڈ کی غیر موجودگی پائی
جاتی ہے۔ اس عمل کے کسی بھی درجہ میں غدے کی حالت میں حکش واقع ہوکر شفا
کامل ہوسکتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ اس فعال درجہ کے چند سال بعد دو
اقسام کا انحطاط واقع ہوجائے :۔ (الف) خلیات کا ذبول ہوکر اُن کے
بجائے لیفی ناسجات پیدا ہوکر لیفیت اور دوسری تکوین ہو، یا (ب) غدے
کی بڑی کلانی واقع ہوکر اس کے ساتھ اس کے کولائڈ میں زیادتی ہوجائے،

(کولائڈی گائٹر) یہ سابقہ فعالیت کے زمانہ کے بعد جو کہ آیوڈین کی ضرورت کے باعث پیدا ہوا تھا، غدہ کا استراحتی درجہ ہے، کہ جس میں کولائڈ اور آیوڈین جمع ہو جاتے ہیں۔ درقیہ کے غدی سلعات خلوی باقیات (cell rests) سے پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ اُسی تہیج کے تحت بڑھ جاتے ہیں کہ جس سے کولائڈی گائٹر پیدا ہوتا ہے۔ کولائڈی گائٹروں سے غدی سلعات کی تفریق پورے طور پر واضح نہیں اور درمیانی اشکال عام ہیں۔ غدی سلعات بھی عکش، ذبول، دویری تکوین یا کولائڈی تکوین کے وہی مدارج طے کر سکتے ہیں جو سارے غدے میں واقع ہوا کرتے ہیں۔ بالعموم غدی سلعات متعدد ہوتے ہیں اور سن بلوغ کے قریب نمو یاب ہوتے ہیں۔ گائٹر کی جسامت گردن کے دونوں جانب ایک اوسط درجہ کے اُبھار سے لے کر ایک ایسے تودہ تک جو بندھی ہوئی مٹھی یا جنینی سر کے برابر ہو اختلاف پذیر ہوتی ہے، اور وہ عظم القص کے بالائی حصے کے سامنے لٹکا ہوا ہوتا ہے، ان گائٹروں کی طرح جو سوئزرلینڈ اور سیوائی میں اس قدر عام طور پر پائے گئے ہیں۔ لمفی غدہ آسا گائٹر میں غدہ کے اندر سرطلمی قرنیت اور لمفی خلیات کا اجتماع اور بالآخر لیفیت پائی جاتی ہے۔ حیاتین الف کی قلت اس کا ایک سبب ہے۔

علامات۔ اکثر گردن کی کلانی اور بڑی کا احساس ہی تنہا علامات ہوتے ہیں۔ اگر گائٹر بہت بڑا ہے تو ممکن ہے کہ مری پر دباؤ پڑنے سے عسر البلع، یا قصبۃ الریہ یا باز گرد حنجری اعصاب کے انضغاط کی وجہ سے بُہر موجود ہو۔ اگر بڑھے ہوئے غدے کے مقامی اثرات کے علاوہ کوئی دوسرے علامات ہوں تو وہ درقیہ کے فعل کی تخفیف یعنی قلیل درقیت پر دلالت کرتے ہیں (ملاحظہ ہو مخاطی اُذیما)۔ کولائڈی گائٹر میں اساسی تحول طبعی یا قدرے گھٹا ہوا ہوتا ہے۔

سرطان عموماً ادھیڑ عمر کے بعد ہوتا ہے اور ایک سخت، سریع النمو سلعہ پیدا کر دیتا ہے، جو گرد و پیش کے حصوں میں دَر ریز ہو کر ان پر دباؤ ڈالتا ہے۔ جب گائٹر کا سبب سرطان یا لحمی سلعہ ہوتا ہے تو عموماً غدے کے افعال جاری رہتے ہیں۔ اور اگر ایسی حالت میں داخلی اعضا میں ثانوی بالیدیں موجود ہوں تو درقیہ کے استیصال کلی سے مخاطی اُذیما نہیں پیدا ہوتا۔

تشخیص۔ کسی کلائی کی درقیتی نوعیت اس سے ثابت ہوتی ہے کہ وہ نگلنے کے عمل کے دوران میں حنجرہ کے ساتھ ساتھ اوپر اور نیچے حرکت کرے۔

علاج۔ مقامی الحدوث گائٹر کے رقبوں میں حفظ ما تقدم کا طریقہ یہ ہے کہ موسم بہار اور موسم خزاں میں دس دن تک روزانہ ۰۱ء گرام سوڈیم یا پوٹاسیم آیوڈائڈ استعمال کیا جائے۔ سوئزرلینڈ کی ریاست اپین زیل (Canton of Appenzell) میں نمک کے ہر کلوگرام کے ساتھ ۰۰۲۵ء تا ۰۰۵ء گرام پوٹاسیم آیوڈائڈ شامل ہوتا ہے تاکہ تمام باشندوں کو اس کا کچھ حصہ ضرور پہنچ جائے۔ غذا کی غیر طبعی حالتیں، جو کہ بحث اسباب میں بیان کی گئی ہیں، درست کر دینی چاہئیں۔ دورانِ حمل میں ماں کا علاج کرنے سے بچہ میں پیدائشی گائٹر روکا جا سکتا ہے۔ گائٹر کے ابتدائی ترین درجہ کے علاج میں، اس وقت جب کہ غدی سلعات موجود نہیں ہوتے، آیوڈین کا داخلی استعمال صبغیہ کی صورت میں روزانہ ۲ یا ۳ قطروں کی مقداروں میں کیا جا سکتا ہے۔ آیوڈین کے استعمال سے غدی سلعی گائٹر کے فعل کی کثرت ہو گئی ہے، اور ممکن ہے کہ آیوڈین کا مزید استعمال کئے بغیر بیش درقیت سالہا سال تک جاری رہے۔ آیوڈین حقیقی جحوظی گائٹر کی بیش درقیت کو زیادہ نہیں کرتی۔ نمو یافتہ کولائڈی گائٹر میں آیوڈین کا علاج چنداں کامیاب نہیں، اور خلاصۂ درقیہ کو آزمانا چاہئے۔ نہایت سخت اور نہایت بڑے گائٹروں میں اور خبیث مرض میں، بشرطیکہ یہ کافی ابتدائی درجوں میں شناخت کر لئے گئے ہوں، جراحی تدابیر کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ یہ تدابیر یہ ہیں کہ کیسہ بند رسولی کا انتقاف کر دیا جائے اور غدے کے بیشتر حصے کو نکال دیا جائے۔ رانجنی شعاعیں بھی استعمال کی جا سکتی ہیں۔

جحوظی گائٹر

(exophthalmic goitre)

(Graves' disease= مرض گریو)

(Basedow's disease= باسیڈو کا مرض)

اس مرض کو جو عورتوں میں مردوں کے نسبت زیادہ کثیر الوقوع ہے ۲۰ اور ۳۰ کی

نسبت سے ، (18) ' ابتداءً ۱۸۳۵ء میں ڈبلن کے ایک طبیب گریوز (Graves) نے اور ۱۸۴۰ء میں ایک جرمن طبیب باسیڈاؤ (Basedow) نے بیان کیا ۔ اس کے نمایاں علامات یہ ہیں ، ۔ کرات چشم کا باہر کو بروز کرنا ' غدۂ درقیہ کی کلانی ' قلب کے فعل کی کثرت وقوع ' اور لرزش ۔

بحث اسباب ۔ مجمل طور پر بیان کیا جائے تو اس مرض کی اصابتیں دو گروہوں میں تقسیم کی جا سکتی ہیں ۔ لیکن ان دونوں گروہوں کے درمیان کوئی واضح فرق نہیں ہے ' اور ان کی تفریق کو کسیقدر مصنوعی تصور کیا جاتا ہے ۔

(۱) اوّلی جحوظی گائیٹر (primary exophthalmic goitre)۔

اس کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے ' اور فترات اور اشتدادات بار بار ہوتے ہیں ۔ تنفسی تبادلہ یا اساسی تحوّل کی شرح میں بھی تناظر تغیرات ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 459)۔ اساسی تحوّل کی شرح شدتِ مرض کے دوران میں بلند ہوتی ہے ' اور تخفیف مرض کی حالت میں کم ۔ یہ مرض عموماً نوعمر اشخاص میں ہوتا ہے ۔ بعض اوقات عصبانی رجحان پہلے سے موجود تھا ' جیسا کہ ہسٹیریا (hysteria) یا صرع (epilepsy) ' یا خاندانی دماغی مرض سے ظاہر ہوتا ہے ۔ چند اصابتوں میں یہ مرض کسی جذباتی یا دماغی اشتعال ' بلکہ سر میں راست تضرر لگنے کے بعد بھی جلد ہی پیدا ہو گیا ہے ۔ دوران جنگ میں اکثر اوقات فوج کے سپاہیوں میں جیش درقیت دیکھی گئی ' جو شدید دماغی بار کی وجہ سے پیدا ہو گئی ۔ بعض اوقات اس مرض میں ایک موروثی تعلق بھی مشاہدے میں آیا ہے ، ۔ مثلاً یہ ماں اور بیٹے یا بیٹی میں دیکھا گیا ہے ۔ اس سے بھی زیادہ اکثر یہ اُسی خاندان میں بھائیوں اور بہنوں پر حملہ آور ہوتا ہے ۔ یہ واقعہ کہ دوران جنگ میں جرمنی میں جحوظی گائیٹر کا حدوث کم ہو گیا تھا ' اِس امر پر دلالت کرتا ہے کہ غذا کی افراط اِس کے پیدا کرنے میں ممد ہو سکتی ہے (19)۔ انگلستان اور ویلز میں جحوظی گائیٹر کی توزیع ایک حد تک متقامی الحدوث گائیٹر کی توزیع سے مشابہ ہے ۔ یہ حدوث شہروں کے نسبت دیہاتی اضلاع میں زیادہ ہوتا ہے (16)۔

(۲) ثانوی مرضِ گریوز (secondary Graves' disease)۔ اکثر حدقیہ کے سابقہ تورّم کی سرگذشت ملتی ہے جو یہ بتاتی ہے کہ کچھ عرصہ سے غدہ میں فرض

تغیرات ہو رہے ہیں۔ افراط فعل کے علامات اکثر پینتیس یا چالیس سال کی عمر کے قریب نمودار ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ غدی سلعہ کی حالت میں آیوڈین کے استعمال سے پیدا ہو جائیں۔ یہ مرض ایسے علامات کے ساتھ جو بتدریج زیادہ شدید ہو جاتے ہیں سالہا سال تک جاری رہ سکتا ہے۔ فترات نہیں ہوتے۔ تنفسی تبادلہ میں آہستہ آہستہ برابر زیادتی ہوتی جاتی ہے۔ جحوظ العین اکثر بہت نمایاں نہیں ہوتا۔ قلب کی بے نظمیوں، جیسے کہ اذینی ریشکی انقباض کا خاص احتمال موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض ابتداءً فشل قلب کے لئے مشورہ کا طالب ہو۔ جب درقیہ کے غدی سلعہ کی شہادت موجود ہوتی ہے تو ان اصابتوں کو اکثر سمی غدی سلعہ (toxic adenoma) کہتے ہیں۔

امراضیات۔ یہ مرض اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ درقیہ کی بیش پرورش کی وجہ سے تھائراکسین کی زیادتی ہو جاتی ہے۔ اس کا ثبوت یہ ہے کہ اس کے علامات انھیں علامات سے مشابہ ہوتے ہیں جو خلاصۂ درقیہ کی بڑی مقداروں کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں، نیز یہ کہ وہ مخاطی اُذیما کے علامات سے متضاد ہوتے ہیں، اور یہ کہ بیش پروردہ درقیہ کے جزئی استیصال کے بعد مریض کی حالت میں اصلاح واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن عرصۂ دراز سے اس امر میں بحث چلی آتی ہے کہ آیا یہ مرض محض طبعی تھائراکسین کی حد سے زائد پیدائش کی وجہ سے ہوتا ہے یا اس وجہ سے کہ اس تھائراکسین میں کوئی تبدیلی ہو جاتی ہے، مثلاً اس کے سالمہ میں معمول کے نسبت کم آیوڈین ہونا۔ یعنے یہ بحث کی گئی ہے کہ اس حالت میں ایک حقیقی بیش درقیت (true hyperthyroidism) ہوتی ہے یا درقی سمیت (thyrotoxicosis)۔ آخر الذکر رائے کی تائید میں یہ دلائل ہیں کہ جانوروں کو درقیہ کی زیادتی دینے سے علامات ہو بہو نہیں پیدا کئے جا سکتے، یعنی جحوظ العین نہیں پیدا ہوتا۔ مزید برآں بعض اصابتیں ایسی ہیں جن میں بیش درقیت اور مخاطی اُذیما کے علامات ایک ساتھ موجود معلوم ہوتے ہیں۔ لیکن اس کے یہ معنی ہونا لازمی نہیں کہ یہ دونوں مرض ایک ساتھ موجود ہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ بیش درقیت کے علامات سابقہ بیش فعالیت کے باقیات ہوں جو اب مُردہ ہو چکی ہے۔ مجملاً دوسری رائے کی تائید میں کافی ثبوت موجود نہیں ہے۔ اغلب ہے کہ بعض

اصابتوں میں درقیہ کی فعالیت، اس کے اس ہیجان سے پیدا ہوتی ہے جو کہ مقدمی نخامیہ (ملاحظہ ہو) کے مہیج درقی ہارمون کی کثرت سے واقع ہوتا ہے۔

درقیتی تسمم مشارکی کا تہیج، جگر سے گلائکوجن کی زیادہ ترسیل، اور تنفسی تبادلہ کی زیادتی پیدا کر دیتا ہے۔ مریض انسولین کے نہایت متحمل ہوتے ہیں، جو گلائکوجن کی ترسیل کو مسدود کر کے تھائراکسین کی مضادت کرتی ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ جہاں تک جگر پر اثر کا تعلق ہے، ذیابیطس اور جحوظی گائٹر دونوں ایک دوسرے سے مشابہ ہیں۔ لیکن ان کا اثر عضلات پر نہایت مختلف ہوتا ہے، کیونکہ وہاں جحوظی گائٹر میں شکر جلائی جاتی ہے لیکن ذیابیطس میں یہ جلنا بڑی حد تک رکا ہوا ہوتا ہے (15)۔ مشارکی کا یہ تہییج جحوظ العین، امارتِ وان گریفی (von Graefe's sign)، سرعتِ ضرباتِ قلب اور پسینہ آنے کا سبب ہو سکتا ہے۔ کیانن (Cannon) کے مشہور تجربہ میں بلی کا عصب حجابی اسی جانب کے عنقی مشارکی سے ٹانک دیا گیا۔ اس طرح پیدا کردہ تہیج مشارکی نے اسی جانب پر جحوظ العین پیدا کر دیا۔ اس جحوظ العین کے متعلق یہ خیال کیا گیا ہے کہ یہ عضلۂ ملر کے ہیجان کے باعث واقع ہوتا ہے، جو محجر میں استر کرنے والی جھلی میں وتدی فکی شقاق پر واقع ہے۔ لیکن انسان میں یہ عضلہ ناقص النمو ہوتا ہے، اور چند منتشر ریشوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ دوسرا امکان یہ ہے کہ اذیمائی سیال کراتِ چشم کو آگے کی طرف دھکیل دیتا ہے، (کیونکہ عضلاتِ مستقیمہ چشم کا اذیما بھی پایا گیا ہے) اور پھر اس کے بعد وہاں چربی کا ثانوی جماؤ ہو جاتا ہے۔

نحول بلند تنفسی تبادلہ کے باعث ہوتا ہے، اور ساتھ ہی غذائی اختلالات کے سبب سے جو انجذاب میں مزاحم ہوتے ہیں۔ جب چربی کے گودام ختم ہو چکتے ہیں تو پروٹین کام میں لایا جاتا ہے، چنانچہ پروٹینی شکست و ریخت بھی غیر طبعی طور پر بلند درجہ کی ہوتی ہے۔ لیکن زیادتیٔ احتراق کے باوجود جسمانی تپش بلند نہیں ہوتی (مگر کبھی کبھی)، کیونکہ پسینہ کی افراط کے باعث جسم سے حرارت کا نقصان زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیلسیم کا نمایاں اخراج ہوتا ہے نہ صرف پیشاب میں بلکہ براز میں بھی حقیقت میں ایک تندرست موضوع میں کیلسیم کا افراغ درقی خلاصہ کے ذریعہ اس سے

زیادہ آسانی کے ساتھ انجام پاتا ہے کہ جتنا پیرا تھارمون یا ترشوں کے ذریعہ۔ پیش نزدورقیت کے خلاف (جو کہ ملاحظہ ہو) دموی کیلسیم بالکل مرتفع نہیں ہوتا بلکہ حقیقت میں پست ہونے کا رجحان رکھتا ہے (اگرچہ نزدورقیتی تکززمیں درقی خلاصے سے دموی کیلسیم بلند ہو جاتا ہے)۔ لاشعاعی امتحان پر ہڈیاں کیلسیم کی قلت ظاہر کرسکتی ہیں (21)۔

مَرضی تشریح۔ حویصلی اور سختیتی بافت کے خلیات میں تکاثر واقع ہوتا ہے۔ حویصلات کے مافیہا اپنی کولائڈی نوعیت کھو کر مخاطی اور ذراتی ہو جاتے ہیں۔ نسبتہً بعد کے درجوں میں ممکن ہے کہ غدہ لیفی یا دُوَیری ہو جائے۔ اولی جھوٹی گائٹر میں یہ تغیرات سارے غدے کے اندر منتشر ہوتے ہیں۔ ثانوی گریوز کے مرض میں غدے کے بعض حصے فعالیت ظاہر کرتے ہیں۔ دوسرے حصے کولائڈی تدخیر لیفیت اور دُوَیری تکوین ظاہر کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ متعین غدی سلعی تغیرات ہوں یا نہ ہوں۔

غدۂ تیموسیہ اکثر باقی ہوتا ہے اور بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ طویل المدت اصابتوں میں درقی سمی التہابِ عضلۂ قلب (thyro-toxic myocarditis) کے ساتھ عضلی ریشوں کا تنخر اور زجاجی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں (20)۔

علامات۔ ممکن ہے کہ علامات یکایک طاری ہو جائیں، لیکن عموماً وہ کسیقدر تدریجاً ہی نمودار ہوتے ہیں، اور بالعموم قلبی علامات پہلے ظاہر ہوتے ہیں اور کرات چشم کا بروز اور درقیہ کا تورم چند مہینوں بعد ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ کبھی کبھی ان کے ظہور کی ترتیب مختلف ہو، یا تین خاص علامتوں میں سے ایک یا دوسری غیر موجود ہو۔ لیکن دَورانِ خون کے متعلق شکایت مستقل ترین ہوتی ہے۔ کامل نمو یافتہ مرض میں قلب تیزی اور قوت کے ساتھ حرکت کرتا ہے۔ صدم القلب غیر معمولی طور پر بڑے رقبہ پر محسوس ہوتا ہے۔ سباتی اور بڑی شرائین کا نبضان بڑی قوت کے ساتھ ہوتا ہے، اور مریض قلبی ضرب اور شریانی تپک دونوں کی شدت کو محسوس کرتا ہے۔ نبض ۱۴۰ تک پہنچ سکتی ہے۔ برقی قلبی نگارشں اکثر طبعی ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ اُذینی ریشکی انقباض یا ایک

طویل ف ل فاصلہ موجود ہو' اور ن اور ف موجیں جسامت میں ایک دوسرے کے برابر ہوں (20)۔ گاہے گاہے قلبی مسدودی دیکھی جاتی ہے' بالخصوص اُس وقت جب کہ ڈیجیٹالس بڑی مقداروں میں دیا گیا ہو۔ قلبی اختلال کے لحاظ سے مریض کو سانس پھولنے کی شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ رفتہ رفتہ قلب بیش پروردہ اور ازاں بعد متسع ہوجائے۔ عموماً شرح نبض کے تغیرات کے بالکل ساتھ ساتھ اساسی تحول کے متناظر تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ لیکن بعض اوقات مرض کی فعالیت مردہ ہوجانے کے بعد بھی' نبض' قلب کے متضرر ہوجانے کی وجہ سے بلند رہتی ہے' چنانچہ اساسی تحول ہی غدہ کی فعالیت کی زیادہ قابل اعتبار تصویر پیش کرتا ہے۔

جسم درقی کی کلانی متشاکل اور عموماً متوسط الابعاد ہوتی ہے' ا۔ شاذ ہی اُس کلانی کے برابر ہوتی ہے جو نسبتہً بڑے مقامی گائٹروں میں دیکھی جاتی ہے۔ اگر اُس پر ہاتھ رکھا جائے تو ایک ذبذبہ محسوس ہوسکتا ہے (جو اُس کے متسع عروق دمویہ کے اندر خون کی حرکت کی وجہ سے ہوتا ہے)' اور مسماع الصدر سے ایک انکماشی خرخر سنا جاسکتا ہے۔

کراتِ چشم کا اُبھر آنا (جحوظ العین تبدل العین) اور اجفانی شقاق کا چوڑا ہوجانا اِس مرض کی نہایت ممتاز و ممیز خصوصیت ہے' جس سے مریض کی شکل ناگوار اور خوف زدہ بن جاتی ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے گویا اس کی ٹکٹکی لگی ہوئی ہے۔ یہ دونوں آنکھوں کو ماؤف کرتی ہے اور اُس درجہ تک پہنچ سکتی ہے کہ صلبیہ قرنیہ سے اوپر اور اس سے نیچے' دونوں جگہ نظر آتا ہے اور پپوٹے پاس آکر باہم مل نہیں سکتے۔ اُس وقت بھی جب کہ پپوٹے ارادی دور پر بند کئے جاسکتے ہیں ممکن ہے کہ وہ نیند کے دوران میں ایک دوسرے سے علیحدہ رہ جائیں۔ اور اگر جحوظ العین انتہائی ہے تو ممکن ہے کہ تکشف کا یہ نتیجہ ہو کہ قرنیہ کی خراش اور تقرح پیدا ہوجائے۔ آنکھ بہت کم بار جھپکتی ہے (امارتِ اِسٹیل ویگ =Stellwag's sign)۔ جحوظ العین کے ساتھ ساتھ کرۂ چشم اور بالائی پپوٹے کے حرکات میں یکسانی کی عدم موجودگی ہوتی ہے' چنانچہ جب مریض نیچے دیکھنے کے لئے کرۂ چشم کو نیچے کرتا ہے تو بالائی پپوٹہ اُسی متناظر حد تک نیچے نہیں پہنچتا

(امارتِ گریفی =von Graefe's sign)- یہ امارت ہر اصابت میں موجود نہیں ہوتی، اگرچہ یہ بعض اوقات آنکھ کے بروز سے پہلے ہی دیکھی گئی ہے۔ لیکن اس کے ساتھ ہی یہ ہے کہ جب یہ موجود ہو تو اہم ہے، کیونکہ یہ دوسرے اقسام کے جحوظ العین میں نہیں واقع ہوتی۔ عضلات متقاربہ کی کمزوری بھی موجود ہو سکتی ہے (امارتِ موبئیس =Mobius' sign) اور بعض اصابتوں میں دو نظری یا بعض یا تمام عضلاتِ چشم کا واضح شلل بھی موجود ہو سکتا ہے۔ حدقہ اور توفیق غیر متاثر رہتے ہیں، اور چشم بین سے بے حد پُر اور پیچیدہ ارتشکیتی اوردہ کے سوائے اور کوئی چیز ظاہر نہیں ہوتی۔

چوتھی اور نہایت مستقل علامت جوارح کی بلکہ سارے جسم کی کم و بیش مسلسل نازک سی لرزش ہے۔ عضلی کمزوری اور درد بھی نہایت ممیّز ہوتے ہیں۔ مریض کو گھٹنے پھیلانے میں دقت ہوتی ہے، لہذا زینہ چڑھنے کا عمل صرف جنگلے یا کٹہرے کو بازوؤں سے دبا دبا کر ہی انجام دیا جا سکتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ بازوؤں اور دھڑ کے عضلات بھی ماؤف ہو گئے ہوں۔ ممکن ہے کہ ایک شام وسیع پھیلا ہوا استرخا ہو اور رات بھر بستر میں گذارنے کے بعد دوسرے دن صبح کامل شفا ہو جائے۔

مریض چڑچڑا، بے چین، یا ہسٹیریائی ہو سکتا ہے لیکن عدیم الدم نہیں ہوتا۔ بعض اصابتوں میں مالیخولیا، توہمات بلکہ مانیا تک ہو گیا ہے۔ اور تنکزز کبھی کبھی واقع ہو جاتا ہے۔ توجہ یا کسی اشتغال سے عصبی اضطراب اور قلبی فعل میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی معتدل درجہ کی تپ بھی موجود ہوتی ہے۔ اور بعض مریضوں میں جلد کے مختلف لونی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں، جیسے کہ معتدل درجہ کی سمرت، کلف یا برص۔ مختلف مریضوں میں حرارت کا ایک موضوعی احساس، سر اور گردن کی تمتماہٹ، پسینہ اور وقفہ دار البیومن بولیت بھی دیکھے گئے ہیں۔ مریضوں کو اکثر اسہال کے حملے ہو جایا کرتے ہیں، جن کے ساتھ کبھی کبھی قئے بھی ہوتی ہے۔ بعض اوقات بیش شکر دمویت کی وجہ سے شکر بولیت ہو جایا کرتی ہے۔ یعنے یہ کہ مریض شکر کی طبعی مقدار نہیں لے سکتا بغیر اس کے کہ وہ پیشاب میں ظاہر ہو۔

بعض اوقات اس کے بعد حقیقی ذیابیطس شکری ہو جاتی ہے' اور گریوز کے مرض کے مریض بعض اوقات ذیابیطسی قوما سے ہلاک ہوئے ہیں تاہم حالت فاقہ کی دموی شکر عموماً طبعی درجہ پر ہوتی ہے۔ مگر برداشت شکر کے منحنی میں کسی قدر تاخیر پائی جاتی ہے۔ وقتاً فوقتاً علامات میں اشتداد کا امکان ہوتا ہے۔

تشخیص - ابتدائی درجوں میں' جحوظ العین یا درقیہ کا تورم ظاہر ہونے سے پہلے تشخیص میں دقت پیش آتی ہے۔ اس مرض کو تدرن سے تمیز کرنا چاہئے۔ مواظب سرعت ضربات قلب سے' جب کہ برقی قلبی نگارش طبعی ہو اور بالخصوص جب کہ پسینہ بھی آتا ہو' اس مرض کا اشارہ ہوتا ہے۔ تاہم اذینی ریشکی انقباض ثانوی مرض گریوز میں عام ہوتا ہے۔ تنفسی تبادلہ کی تعیین کی جائے (ملاحظہ ہو صفحہ 453)۔ دموی کیلسیم کا ۹ ملی گرام یا اس سے کم ہونا' اور عضلی انقباض کے لئے دلیز تحریک پذیری کا ۲۰ء ملی ایمپیر سے کم ہونا بھی اشارہ کن ہے۔

485

انذار - حال ہی میں کیمبل (Campbell) نے ۱۲۷ مریضوں کی روئدادوں پر از ابتدا تا انتہا غور کر کے انکا تتبع کیا ہے' جن کا طبی علاج گائیز ہسپتال میں ۱۹۰۸ء اور ۱۹۱۶ء کے درمیان کیا گیا۔ اس کے نتائج نہایت قریبی طور پر ایسی ہی ایک تحقیقات کے مطابق پائے گئے جو پہلے ہیل وہائٹ (Hale White) نے انجام دی تھی۔ اس عرصہ کے اختتام پر ۸ فی صدی مریض بالکل اچھے تھے۔ ۳۰ فی صدی تقریباً اچھے تھے اور پورے دن کا کام کرنے کے قابل تھے لیکن اُن میں ایک یا دو امارتیں خفیف طور پر جاری رہیں۔ ۳۴ فی صدی بہت بہتر حالت میں تھے اور ہلکا کام کرنے کے قابل تھے۔ ۱۲ فی صدی کی حالت میں اصلاح نہیں ہوئی یا اُن کی حالت بدتر تھی۔ ۱۵ فی صدی اس مرض سے ہلاک ہو گئے۔ اگر عملیہ یا عمیق لاشعاعو کے ذریعہ علاج عمل میں لایا جائے تو انذار میں بہت اصلاح واقع ہوتی ہے۔ ۶۰ فی صدی اصابتوں میں مریض بغیر تکلیف کے پورا کام کرنے کے قابل ہو جائیگا (49، 50)۔

علاج - غذا ایسی سادہ کام میں لانا چاہیئے جس سے سیری حاصل ہو جائے اور جس میں کاربوہائڈریٹ بہ افراط ہو۔ الکحل اور تمباکو مضر ہونے کا احتمال رکھتے

ہیں۔ چند ہفتوں تک بستر میں آرام کرنے سے مریضوں پر یقیناً مفید اثر ہوا ہے۔ اکادن مریضوں کے ایک سلسلہ میں جن میں صرف یہی علاج کیا گیا' تین چوتھائی کا اساسی تحول چھ مہینے کے اندر ۱۰ فی صدی سے نیچے ہو گیا (4)۔ جب مریض اٹھنے لگیں تو انہیں نہایت خفیف ورزش کی اجازت دینی چاہیئے۔ لیکن آرام بہت لینا چاہیئے۔ جحوظی گائٹر کے مریض انسولین کے متحمل ہوتے ہیں' اور ممکن ہے کہ مریض کو معمولی غذا پر رکھ کر انسولین کے ۱۵ یا ۲۰ یونٹس دن میں دو بار دینے سے کچھ فائدہ حاصل ہو جائے' جس کے ساتھ ½ گرین پیرا تھائرائڈ براہ دہن دن میں تین بار دئیے جاتے ہیں (28)۔ درقیہ پر برف لگانے سے تسکین حاصل ہوتی ہے۔

درقیہ کی فعالیت کم کرنے کے دو خاص طریقے ہیں :— یعنی' (۱) گہری لاشعاعیں' (۲) عملیہ کے ذریعہ غدے کا استیصال' جس سے پہلے بعض اوقات ایک یا دونوں درقی شرائین کی گرہ بندی عمل میں لائی جاتی ہے۔ لاشعاعیں عموماً ابتدائے مرض میں استعمال کی جاتی ہیں' اور اگر ان سے کوئی اصلاح یا افاقہ نہ ہو تو بعد میں عملیہ کے متعلق غور کیا جا سکتا ہے۔ لاشعاعی علاج زیادہ طویل عرصہ تک کرنے سے مابعد علاج بالعملیہ زیادہ مشکل ہو جاتا ہے۔ حقیقی جحوظی گائٹر میں محلول لوگال (Lugol's solution) (۵ فی صدی آیوڈین' پوٹاسیم آیوڈائڈ کے ۱۰ فیصدی محلول میں) کے ۵ اقطرے روزانہ دینے سے عارضی طور پر بڑا فائدہ حاصل ہو سکتا ہے۔ اس سے تحول ایک یا دو ہفتوں میں گر کر طبعی درجہ پر ہو جاتا ہے۔ یہی نتیجہ آیوڈین کے ۱۰ فی صدی الکحلی محلول سے حاصل کیا جا سکتا ہے۔ اس کی متاد ۵ اقطرے روزانہ ہے' اور اسے ایک یا دو ہفتے کے بعد ۳ یا ۴ قطرے تک گھٹا دیا جاتا ہے (22)۔ یہ علاج قبل العملیتی علاج کے طور پر بہت نفع بخش ہو سکتا ہے' اور اسے لاشعاعی علاج کے ساتھ ساتھ بھی استعمال کیا جا سکتا ہے۔

مخاطی اُذیما

(myxœdema)

(سبب درقلیتی ضعف=cachexia strumipriva)

مخاطی اُذیما اور قمائت (cretinism) غدۂ درقیہ کے اُس مرض کے نتائج ہیں جس سے اُس کے اِفراز کی قلت پیدا ہوجاتی ہے (ناقص درقیت)۔ قمائت پیدائشی ہوتی ہے۔ مخاطی اُذیما بعض اوقات بچپن میں پیدا ہوجاتا ہے (طفولی مخاطی اُذیما=juvenile myxœdema) لیکن زیادہ عام طور پر وہ مابعد زندگی میں ہوا کرتا ہے۔

بحث اسباب۔ مخاطی اُذیما مردوں کے نسبت عورتوں میں بہت زیادہ عام ہے، اور مریضوں کی اکثریت میں علامات تیس اور پچاس سال کی عمر کے درمیان شروع ہوتے ہیں، اگرچہ وہ اِس قدر جلد کہ ساڑھے آٹھ سال کی عمر میں اور اِس قدر دیر سے کہ ۶،۷ سال کی عمر میں بھی شروع ہونا پائے گئے ہیں۔ موروثیت کی بعض دلالتیں بھی دیکھی گئی ہیں، اور یہ زیادہ تر اکثر مفلس جماعتوں میں دیکھا گیا ہے۔ اُن اضلاع میں جہاں گائٹر ایک مقامی الحدوث مرض ہے، قلیل درقیت کی تمام قسمیں عام ہیں۔

مرضی تشریح۔ جلد میں یہ تغیرات ہوتے ہیں کہ پسینہ کے غدد، دہنی غدد اور شعری جرابات کے قرب وجوار میں نواتی تکاثر اور اتصالی بافت کا نمو ہوتا ہے۔ جلد کا جیلاٹینی اور اُذیمائی ہونا جسے اُرڈ (Ord) نے مخاطی اُذیما کا نام دیا تھا، صرف چند بار ہی مندرج ہے۔ تحت الجلدی شحم کی خاصی مقدار ہوتی ہے۔

486

جسم درقی اپنی طبعی جسامت سے گھٹ کر نصف یا ایک تہائی ہوجاتا ہے۔ وہ پھیکے، زردی مائل یا زرد رنگ کا، اور لوچدار یا متصلب، لیفی یا ساخت ربودہ ہوجاتا ہے۔ غدہ بالخصوص لیفی بافت پر مشتمل ہوتا ہے، جس میں خلیات کے منتشر گروہ ہوتے ہیں، جو حویصلات کے باقیات ہیں۔ اور بالآخر کثیف لیفی بافت کے سوا اور کچھ باقی نہیں رہتا۔ جسم نخامی بڑا، یا بعض اصابتوں میں بڑا اور انحطاط یافتہ

ہوتا ہے ۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں فوق الکلیے نہ بول تھے ۔ صلابت شریانی اور عضلۂ قلب کا انحطاط عام ہیں۔ کیلسیم کی برآمد کم ہو جاتی ہے ۔

علامات ۔ یہ ابتداءً غیر محسوس ہوتے ہیں، چنانچہ بیشتر اصابتوں میں مرض تاوقتیکہ وہ خوب نمو یافتہ نہ ہو جائے معلوم نہیں ہوتا ۔ پھر مریض کی شکل ممیز ہوتی ہے ۔ چہرہ بے اظہار، شلل ارتعاشی سے ملتا جلتا ہوتا ہے ۔ ناک، پپوٹے، اور لب پھولے ہوئے ہوتے ہیں ۔ چہرہ کی جلد میں نہایت ممیز اور مخصوص جھریاں پائی جاتی ہیں ۔ رنگ نمایاں طور پر زرد ہوتا ہے اور ساتھ ہی ہر گال پر ایک کسی قدر تیز سرخ چمکتی ہوتی ہے، اور لب گہرے سرخ یا تقریباً کبود ہوتے ہیں ۔ جسم کی جلد عام طور پر موٹی ہو جاتی ہے، اور ٹانگوں اور پاؤں کی شکل قدرے اذیمائی ہوتی ہے، اگرچہ بہت سی اصابتوں میں (سب اصابتوں میں نہیں) تنقیر بالکل نہیں ہوتی ۔ ہاتھ کی شکل میں بھی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں ؛ وہ بعد رسغی ہڈیوں کے سروں کے مقابل زیادہ چوڑا ہو جاتا ہے، اور انگلیاں موٹی اور یکساں شکل کی ہو جاتی ہیں ۔ اس تغیر کو "پھاوڑے جیسے" ("spade-like") کا نام دیا گیا ہے، جو بہت زیادہ ممیز نہیں ۔ پاؤں بھی اسی طرح ماؤف ہو جاتے ہیں ۔ پسینہ کم آتا ہے یا بالکل نہیں آتا، جلد خشک اور چھلکے دار ہو جاتی ہے، بال جھڑ جاتے ہیں جس سے سر پہ محض ایک پتلی سی پوشش رہ جاتی ہے، یا جلدالراس کا حقیقی گنج ("جبہی صلعہ" = "frontal alopecia" اور "کسووری گردن" = "cassowary neck") ۔ اور بھوؤں کی بیرونی تہائی کا گنج ("امارت ابرو" = "eyebrow sign") اور پلکوں کا گنج پیدا ہو جاتا ہے ۔ ناخن ٹھٹھر کر بھربھرے ہو جاتے ہیں ۔ مخاطی اغشیہ بھی یہی تغیرات ظاہر کرتے ہیں ۔ بہرحال لہات اور نرم تالو متورم ہوتے ہیں، اور زبان بڑی اور موٹی ہوتی ہے ۔ مزید برآں دانت بوسیدہ یا ڈھیلے ہو جاتے ہیں ۔ مریضہ کا عصبی نظام وہ دوسری چیز ہے جو جاذب توجہ ہوتی ہے ۔ وہ سست اور بے پروا نظر آتی ہے، مجہول الخیال اور مجہول الحرکت اور اکثر بہری ہوتی ہے ۔ وہ سستی کے ساتھ اور سوچ سوچ کر بولتی ہے، گویا کہ اس کی موٹی زبان نطق میں میکانی طور پر مزاحم ہوتی ہے، لیکن تکلم کے ساتھ آنکھوں کے حرکات اور اظہار کے عضلات کے حرکات کی سستی سے ظاہر ہوتا ہے کہ

عصبی عضلی آلہ میں بھی خرابی ہو گئی ہے۔ احبال کے متورم ہو جانے کی وجہ سے آواز پست درجۂ ارتفاع رکھتی ہے اور بھرائی ہوئی ہوتی ہے۔ جہاں تک ذہن کا تعلق ہے حافظہ ناقص ہوتا ہے۔ مریضہ اکثر چڑچڑی یا شکی یا سست اور خواب آلودہ ہوتی ہے۔ اور مریضوں کے کچھ تناسب میں توہمات، اختباطات اور تشنجات دیکھے گئے ہیں۔ ممکن ہے کہ درد سر اور رثیتی دردوں کی شکایتیں بھی کیجائیں۔ بعض اوقات تکزّز اسی طرح ہو جاتا ہے، جس طرح کہ وہ درقیہ کے عملیتی استیصال کے بعد ہوتا ہے۔ تپش بیشتر تحت المعمول ہوتی ہے، مریضہ کو سردی کی شکایت بآسانی ہو جاتی ہے، اور اس کے ہاتھ پاؤں اکثر سرد اور نیلے ہوتے ہیں۔

نبض کمزور یا سست ہوتی ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں قلبی عرقی مرض ہوتا ہے اور مفقود یا منعکس ن موج اور پست وولٹیج کی برقی قلبی نگارش حاصل ہوتی ہے، اور صلابت شریانی موجود ہوتی ہے۔ اور پیشاب رقیق ہوتا ہے اور بسا اوقات اس میں تھوڑا البیومن موجود ہوتا ہے۔ امتحان خون سے خرد خلوی عدم دمویت ظاہر ہوتی ہے، جس کے ساتھ سرخ خلیے گھٹ کر ۳۰۰۰۰۰۰ یا اس سے بھی کم ہو جاتے ہیں اور ہیموگلوبین بھی تناظر درجہ تک کم ہو جاتی ہے۔ امعا میں قبض ہوتا ہے۔ شکر کی برداشت زیادہ ہو جاتی ہے، چنانچہ اس کی بڑی مقداریں بلکہ بعض اصابتوں میں ۱۰ اونس تک لے لینے سے بھی پیشاب میں کوئی شکر نہیں ظاہر ہوتی۔ عورتوں میں کثرت طمث ہونا عام ہے۔ زیادہ شاذ طور پر عدم طمث ہوتا ہے۔ رعاف، مسوڑھوں سے خون آنا اور بواسیر غیر عام نہیں۔ جسّ کرنے پر درقی غدہ بالعموم چھوٹا پایا جاتا ہے، اور حلقی غضروف سے نیچے اس جگہ جہاں خاکنائے ہونی چاہیے، قصبۃ الریہ کے حلقے جسّ کئے جا سکتے ہیں۔ رفتار مرض سست ہوتی ہے۔ ایسے مریض بھی معلوم ہو چکے ہیں جن میں یہ مرض دس سال یا زائد تک بلا کسی اہم تغیر کے موجود رہا۔ تاہم اس میں شبہ نہیں کہ یہ زندگی کو گھٹا دیتا ہے۔ مریض عضلی قلبی یا صلابت شریانی تغیرات سے، یا باہم رو امراض جیسے کہ ذات الریہ اور شعبی التہاب سے ہلاک ہو جاتے ہیں، یا عمومی یا عصبی خستگی انہیں بتدریج نشانۂ اجل بنا دیتی ہے۔

تشخیص۔ مخاطی اُذیما بیشتر اوقات مرض برائٹ یا عضلی قلبی انحطاط

(myocardial degeneration) کے ساتھ خلط ملط ہو جاتا ہے۔ مگر گو اس مرض میں قدرے البیومن بولیت موجود ہوتا ہم کلوی وظیفہ طبعی حالت میں ہوتا ہے۔ برقی قلبی نگارش میں کی غیر طبعی حالتیں علاج سے زائل ہو جاتی ہیں جس سے تشخیص میں مدد ملتی ہے۔ اساسی تحول کے امتحان سے جو نہایت شدید حالت میں معمول سے۔ ۴۰ فی صدی نیچے ہو سکتا ہے، قطعی ثبوت حاصل ہو سکتا ہے۔

علاج ۔ تھائرائڈیم (thyroideum) (B. P.)، جو خشک کردہ غدے سے بنا ہوا ہوتا ہے، ا تا ۵ گرین کی معتادوں میں برشامہ کے اندر رکھکر یا گولی کی صورت میں روزانہ ایک دو بار براہِ دہن دیا جا سکتا ہے۔ تالیفی تھائراکسین (synthetic thyroxin) بھی براہِ دہن دی جا سکتی ہے، اور اس کی صغیر ترین روزانہ معتاد ۰.۲ ملی گرام ہے۔ مخاطی اُذیما کی نہایت شدید اصابتوں میں علاج براہِ دہن ہمیشہ ہی کامیاب نہیں ہوتا، جس کی وجہ شاید یہ ہو سکتی ہے کہ غذائی خطے سے انجذاب نہایت سست ہوتا ہے۔ تھائراکسین کے ایک خاص طور پر تیار کئے ہوئے محلول کا دروں وریدی اشراب آزمایا جا سکتا ہے، یعنے ۵ ملی گرام فی معتاد کی تین معتادیں ایک ایک ہفتہ کے وقفہ سے۔ لیکن محفوظ تر طریقہ یہ ہے کہ ایا ۲ ملی گرام کے ایک اشراب سے شروع کریں، کیونکہ ممکن ہے کہ اس کے استعمال کے چوبیس گھنٹے بعد شدید ردعمل ظاہر ہو جائیں، جن کے علامات یہ ہیں:۔ نبض تیز، دردِ سر، لرزش، متلی، قے یا اسہال، اور پشت اور ٹانگوں میں درد۔ ۳:۵ ڈائی آیوڈو تھائرونین (3:5 di-iodothyronine)، ایک مادہ جو کہ تھائراکسین کے ساتھ کیمیاوی طور پر متجانس ہے، اور اس سے زیادہ حل پذیر ہے، کامیابی کے ساتھ استعمال کی گئی ہے (51)۔ اساسی تحول کے امتحان کے ذریعہ سے اس علاج پر اعتماد رکھنا چاہیئے۔ جب اس ذریعہ سے جسم کے اندر تھائراکسین کا ذخیرہ صحیح مقدار تک بڑھ جائے تو پھر اس کا استعمال براہِ دہن جاری رکھا جا سکتا ہے۔ درقیہ کو کسی طور سے بھی دیا جائے، مناسب یہ ہے کہ چھوٹی خوراکوں سے ابتدا کی جائے، ورنہ ذبحی علامات یکایک پیدا ہو جانے کا احتمال ہے۔

قماءت

(cretinism)

قماءت یورپ کے پہاڑی ملکوں (سوئزرلینڈ، شمالی اطالیہ اور سوائی) میں اور شمالی ہندوستان (چترال، گلگت) میں ایک مقامی الحدوث مرض کے طور پر ہوتی ہے، جہاں گائٹر بھی بے انتہا پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ اکثر یہ دونوں حالتیں ایک ہی فرد میں یک جا پائی جاتی ہیں۔ فی الحقیقت اِن میں کے بہت سے قماء (cretius) گائٹری ہوتے ہیں۔ میک کیری سَن (McCarrison) کو ہندوستان میں ۲۰۸ قماء میں سے اٹھاسی گائٹری ملے۔

انفرادی الحدوث قماءت دوسرے مقامات، مثلاً انگلستان میں ہوتی ہے۔ اِس کے مبتلاؤں میں درقیہ قلت زدہ ہوتا ہے، یا خفیف سا گائٹر ہوتا ہے۔

اَمراضیات۔ فرد اور جماعت میں مقامی الحدوث قماءت کا گائٹر کے ساتھ یکجا پایا جانا، بعض اصابتوں میں درقیہ کی غیر موجودگی، اور مخاطی اُذیما سے شابہت یہ سب امور اس مرض اور غدۂ درقیہ کے تعلقات کو ظاہر کرتے ہیں۔ جب مقامی الحدوث قماءت اور گائٹر ایک ہی فرد میں ظاہر ہوتے ہیں تو اول الذکر آخر الذکر سے پہلے ہوتی ہے لہٰذا وہ اُس کی وجہ سے نہیں ہوتی۔ قماءت ایک یا دونوں والدین کی گائٹری حالت کی وجہ سے ہوتی ہے، اور ماں کے درقیہ کا ناقص فعل جنین میں خرابی پیدا کر دیتا ہے۔ یہ ضرر نزدرقی اور درقی، دونوں اجسام کو ماؤف کرتا ہے۔

علامات۔ قماءت کے ممیز خصائص یہ ہیں:۔ بالیدگی ٹھٹھری ہوئی، سر بڑا اور چوڑا، چہرے کے خط و خال موٹے، آنکھوں کا ایک دوسری سے بہت دور ہونا، ناک چپٹی، منہ بڑا، ابتدائی عمر ہی میں ناہموار اور کھردری جلد میں جھرّیاں، سینہ تنگ، شکم بھرا ہوا، بالعموم سُرّی فتق، ٹانگیں ٹیڑھی یا خمیدہ، کم ذہنی اتنی زیادہ کہ ابلہی کی حد تک۔

یہ ممیز خصائص عموماً زندگی کے پہلے سال کے آخری نصف میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ چلنے کی قابلیت بہت دیر میں حاصل ہوتی ہے، اور بالیدگی کی رکاوٹ

ممکن ہے کہ اس قدر ہو کہ ایک بالغ قمی پانچ یا چھ سال کے بچے سے زیادہ اونچا ہو
بلوغ میں بہت تاخیر ہوجاتی ہے، یا تناسلی وظائف بالکل غیر موجود ہوتے ہیں۔
تکلم کی قوت نہایت آہستہ آہستہ حاصل ہوتی ہے یا بالکل نہیں حاصل ہوتی، اور
بعض قمی بہرے گونگے اور ابلہ ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں رقص المتقلہ، حول
اور ٹانگوں کی تشنجی اُستواری پیدا ہوجاتی ہے۔ اکثر اوقات ترقوؤں سے اوپر
شحمی تودوں سے بنے ہوئے تحت الجلدی سلعات پائے جاتے ہیں۔ عظمی نظام میں
نمایاں نقائص موجود ہوتے ہیں۔ اساس قذالی اور اساس وتدی ہڈیاں قبل از وقت
متعظم ہوجاتی ہیں۔ لمبی ہڈیاں معمول کے نسبت مستقلاً چھوٹی ہوتی ہیں، ٹانگیں خمیدہ
ہوجاتی ہیں، اور گردعظمہ سے لیفی بافت نکل کر ہڈی کے بربالہ اور پوری کے درمیان
بڑھ جاتی ہے۔ پاؤں اور کلائی کی ہڈیوں کے تعظم کے مراکز بہت تاخیر کے ساتھ نمودار
ہوتے ہیں۔ ان ساختوں کے شعاع نگاری امتحان مفید ذرایع تشخیص ہیں۔

علاج ۔ مخاطی اُذیما کی طرح قمات میں بھی خلاصۂ درقیہ بہت کامیابی
کے ساتھ استعمال کیا گیا ہے۔ اس کے زیر اثر بچوں کی بالیدگی سرعت کے ساتھ ہوکر 488
بافتوں کی اُذیمائی دریزش جاتی رہی، اور بچے زیادہ سمجھدار ہوگئے۔ لیکن یہ تسلیم
کرنا پڑتا ہے کہ بچے کی ذہنی اصلاح کے نسبت جسمانی اصلاح زیادہ آسانی کے ساتھ ہوتی
ہے، خاص طور پر اس وقت جب کہ علاج دیر سے شروع کیا جائے۔

نزد درقی غدد

(PARATHYROID GLANDS)

نزد درقی غدد وہ چھوٹے اجسام ہیں، جو تعداد میں عموماً چار اور درقیہ کے قریب
یا اس کے برم کے اندر واقع ہوتے ہیں۔ وہ ایک لیفی جال کے اندر سر حلمہ آسا
خلیوں کے گروہوں پر مشتمل ہوتے ہیں، لیکن اُن میں درقیہ جیسی حویصلی ترتیب اور
کولائڈی مشمولات نہیں ہوتے۔ ہر جسم ناپ میں ۶ یا ۷ ملی میٹر x ۳ یا ۴ ملی میٹر x ½ ۱ یا ۲ ملی میٹر، اور
وزن میں تقریباً ½ گرین ہوتا ہے۔ پیراتھارمون (parathormone)، جو ان

غدد کا فعال جوہر ہے، تجارتی طور پر حاصل ہو سکتا ہے۔ اس کا اشراب کیا جائے تو پہلے پیشاب میں فاسفورس کی برآمد بڑھ جاتی ہے اور پلازما کا غیر نامیاتی فاسفورس گھٹ جاتا ہے، پھر خون کے اندر کیلسیم کی زیادتی پیدا ہو جاتی ہے (بیش کلسیت)۔ مصلی کیلسیم کے ایک خاص بحرانی لیول پر دموی فاسفورس فی الفور بلند ہو جاتا ہے، غالباً کلوی وظیفہ کے بدل جانے کے باعث، کیونکہ ساتھ ہی خون کی غیر پروٹینی نائٹروجن بھی بلند ہو جاتی ہے۔ شدید بیش تکلس الدم کتوں میں واضح علامات پیدا کر دیتا ہے، لیکن آدمی اس قدر حساس نہیں ہے۔ نزد درقی بہت اقسام کی بیماریوں، سرا تیول وغیرہ میں استعمال کیا گیا ہے، جن میں مصل کے اندر رواں شدہ کیلسیم کی مقدار پست پائی گئی ہے (ملاحظہ ہو دارالرقص)۔ افسوس کہ پیرا تھارمون کا فعل تغیر پذیر ہے اور دوا کی طرف سے امنیت بسا اوقات متوایاب ہو جاتی ہے جس سے اس کی موثریت بالکل زائل ہو جاتی ہے (21)۔

نزد درقی تغیرات واقع ہو سکتے ہیں، جیسے کہ بیش تکوین، شحمی انحطاط لیفیت دویری اور کولائڈی تکوین۔

بیش نزد درقیت (hyperparathyroidism)۔ ممکن ہے کہ اس غدہ کی بیش تکوین سے گردن میں ایک رسولی پیدا ہو جائے، جو نگلتے وقت حس پذیر ہو۔ مصلی کیلسیم ۱۶۔ ۲۰ ملی گرام فی صدی تک بڑھ جاتا ہے، اور پلازما کا فاسفیٹز (phosphatase) بلند ہوتا ہے اور کیلسیم پیشاب میں روزانہ ضائع ہوتا ہے۔ دموی فاسفیٹ ہمیشہ پست ہوتا ہے۔ کیلسیم ہڈیوں سے آتا ہے، اور وہ مرض پیدا کرتا ہے جو کہ وان ریکلنگ ہانسن کے عمومی التہاب العظام لیفی (generalised osteitis fibrosa of von Recklinghansen) کے نام سے مشہور ہے۔ یہ مرض مردوں کی نسبت عورتوں میں دوگنا زیادہ عام ہے۔

علامات ہڈیوں میں درد ہوتا ہے اور لاشعاعی امتحان منقط منظر ظاہر کرتا ہے۔ یہ ہڈیوں میں منتشر طور پر پھیلی ہوئی فضاؤں (دا ستخوان شکن خلوی سلعہ = osteoclastoma) کے باعث ہوتا ہے، جو خود بخود کسر واقع ہونے کا رجحان پیدا کرتی ہیں۔ ممکن ہے تشنگی، کثرت بول، کلوی حصوات [illegible] عضلات کی بیش طنابی، متلی، قے اور لاغری ہو جو کہ شدید اصابتوں میں ہوتی ہے۔ رسولی کے

استیصال کے بعد اصلاح شروع ہو جاتی ہے، لیکن دموی کیلسیم کے سریع سقوط کی وجہ سے تکزز نہایت عام طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ اس میں پیراتھارمون دینے سے تخفیف ہو سکتی ہے جو استعمال کرنے کیلئے ہمیشہ پاس رکھنا چاہیئے (21)۔ عملیہ کا بدل عمیق لاشعاعیں ہو سکتی ہیں۔ مرکزی التہاب العظام لیفی (focal osteitis fibrosa) میں، جو کہ عام تر ہے، کیلسیم کے تحول میں کوئی غیر طبعی بات نہیں پائی جاتی۔

تکزز

(tetany)

تکزز نزودرقیہ کے مرض سے، خود بخود ناقص نزد درقیت (spontaneous hypoparathyroidism) میں پیدا ہو سکتا ہے، لیکن وہ شاذ ہے۔ بعد عملیتی تکزز، درقی عملیات میں نزودرقیات کے استیصال کے بعد ہونا خوب معلوم ہے۔ لیکن سریری تکزز کے بہت سے دوسرے اسباب بھی ہیں۔

بحثِ اسباب۔ وہ ہر عمر میں واقع ہوتا ہے، لیکن شیرخواروں اور نوعمر بالغوں میں بالخصوص کثیر الوقوع ہے۔ بچوں میں اناث کے نسبت ذکور پر زیادہ اکثر حملہ ہوتا ہے۔ نسبتہً زیادہ عمر کے اشخاص میں ذکور کی نسبت اناث پر زیادہ اکثر حملہ ہوتا ہے۔ بچوں میں کساحۃ اور اسہال عام ترین اسباب معدہ ہیں۔ بالغوں میں یہ اسباب کارفرما ہوتے ہیں:- حمل اور رضاعت، حموی امراض سے شفایابی، اتساعِ معدہ اور تسدد الامعا، اور راقم الحروف کے مریض میں معدی قولونی ناسور (gastro-colic fistula)، جس کے ساتھ براز میں آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ ضائع ہوتا تھا۔ وہ جسم درقی کے استیصال کے عملیہ کے بعد بھی ہو گیا ہے، جب کہ درقی کیساتھ نزودرقی اجسام بھی دور کر دیئے گئے تھے۔ میک کیری سن بیان کرتے ہیں کہ وہ گلگٹ (شمالی ہند) کی بلند وادیوں میں عورتوں میں عام ہے، اور یہ کہ ایسے تمام مبتلاؤں میں گاٹر کی شکایت بھی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں وہ نزودرقی کے مرض کے باعث ہوتا ہو جو کہ ساتھ موجود ہے۔ مماثل دورے ارگٹ کے تسمم (ergotism) سے اور لینتِ عظام (osteomalacia) کے ہمراہ اور سوڈیم بائی کاربونیٹ کے

تسمم سے بھی دیکھے گئے ہیں۔ بعض اوقات بعض عصبی امراض، بالخصوص صرع (epilepsy) میں تکزز موجود ہوتا ہے۔ نیز تکزز وباؤں میں مزدوروں کے اندر سال کے بعض موسموں میں، یورپ کے خاص خاص شہروں (وائنا، ہیڈلبرگ) میں واقع ہوتا ہے۔ مصنوعی طور پر وہ مسلسل جبری تنفس سے پیدا کیا جا سکتا ہے، جس سے جسم کے اندر سے کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) دُھل کر باہر نکل جاتی ہے (بے دخانی = acapnia)۔

امراضیات۔ اس مرض کا اصلی ممیز خاصہ محیطی حرکی عصبیہ کی بیش تحریک پذیری ہے۔ اور یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ آکسیجن کی احتیاج اس کا اولی سبب ہوتا ہے، اور متعدد عاملات یہ احتیاج پیدا کر دیتے ہیں (26)۔ مثلاً ممکن ہے کہ وہ قلی دمویت جو سوڈیم بائی کاربونیٹ کے اِشرابات یا جبری تنفس (جس سے کاربن ڈائی آکسائڈ دُھل کر جسم سے باہر نکل جاتی ہے) کے سبب سے ہوتی ہے اس طرح عمل کرتی ہو کہ آکسی ہیموگلوبین سے آکسیجن کے افتراق کو زیادہ مشکل بنا دیتی ہو (کثیر طلبی = pleonexy) جس سے بافت کا آکسیجنی تناؤ کم ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر گوانیڈین (guanidine) اور ہسٹامین (histamine) کے تسمم میں بھی واقع ہو جاتا ہے، اور یہ دونوں تکزز کا سبب ہوتے ہیں۔ نزد درقیہ برآری (parathyroidectomy) خود آکسیجن کے تناؤ کو کم نہیں کرتی، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ پست دموی کیلسیم کی وجہ سے خلیوں کی آکسیجنی رسد میں مزاحمت ہو جاتی ہو۔ ایسی مزاحمت کا وقوع سیانائڈ کے تسمم (cyanide poisoning) میں ہونا معلوم ہے۔ تجربی تکزز پیدا کرنے کا ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ ایک ایسے کتے کے معدے کو جس کا بواب تسدد کر دیا گیا ہو، بار بار دھو ڈالیں۔ سوڈیم کلورائڈ کے دروں وریدی استعمال سے یہ تکزز موقوف کیا جا سکتا ہے۔ چنانچہ تسع معدے (dilated stomach)، تسدد معوی (intestinal obstruction)، اور معدی قولونی ناسور (gastro-colic fistula)، ان سب کے تکزز کے متعلق یہ تصور کیا جا سکتا ہے کہ اس کا سبب جسم سے کلورائیڈ کا نقصان ہے۔ اور ان اصابتوں میں پلازمائی کلورائیڈ پست اور پلازمائی بائی کاربونیٹ بلند پایا گیا ہے، اور خون میں یوریا کی زیادتی بھی موجود ہوتی ہے۔ ان اصابتوں میں تکزز قلی دمویت کی وجہ سے نہیں ہوتا (33)، اور ممکن ہے کہ یہاں بھی وہ پست

روانی کیلسیم کی وجہ سے ہو (24)۔چنانچہ ہسٹریائی بیش تنفس میں دماغی نخاعی سیال میں پست کیلسیم پایا گیا ہے۔

علامات۔ ممکن ہے کہ حملہ سے چند گھنٹے یا چند دن پہلے کسیقدر بے قراری یا کسلمندی یا بازوؤں کی اکڑ یا جھنجھنی محسوس ہو۔ بعض اوقات دورہ بلا کسی انتباہ کے ناگہانی طور پر ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں ہاتھ کلائیوں پر مڑ جاتے ہیں، انگلیاں بعد رسغی سُلامی جوڑوں پر خمیدہ، سُلامی جوڑوں پر پھیلی ہوئی، اور باہم مضبوط دبی ہوئی ہوتی ہیں اور انگوٹھے ہتھیلیوں کے اندر خمیدہ ہوتے ہیں، چنانچہ انگلیاں ایک مخروط بنا دیتی ہیں (ید قابلہ "main d'accoucheur" =)۔ کہنیاں قدرے خمیدہ، اور بازو جانبوں سے متقرب ہوتے ہیں۔ بعض اوقات چاروں انگلیاں ہاتھ کے اندر خمیدہ، کلائیاں پھیلی ہوئی، اور کہنیاں کامل طور پر خمیدہ ہوتی ہیں۔ جوارح اسفل میں، پاؤں ٹانگ پر پھیلا ہوا، حمارہ خمیدہ، اور پاؤں کی انگلیاں خمیدہ اور باہم ملی ہوئی ہوتی ہیں۔ یہ ممیز انقباضات ہیں اور بیشتر اصابتوں میں صرف یہی واقع ہوتے ہیں۔ نہایت شدید اصابتوں میں شکم، سینہ، چہرے اور زبان کے عضلات کا تشنج پیدا ہو جاتا ہے، نیز پشت کے عضلات میں تشنج ہونے سے خفیف سی پس طنابی، اور آنکھوں کے عضلات کے تشنج سے حَوَل پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ ماؤف حصوں میں کسیقدر اینٹھن جیسا درد ہو اور ہاتھوں کی پشت متورم اور وریدیں متمدد ہوں۔ ممکن ہے کہ پسینہ، تمتماہٹ، اور تپش کا خفیف سا ارتفاع ہو۔ یہ تشنج پانچ تا پندرہ منٹ میں موقوف ہو جاتا ہے، یا ایک دو یا زائد گھنٹوں تک جاری رہتا ہے۔ وہ بتدریج رفع ہو کر چند گھنٹوں یا دنوں کے وقفے کے بعد پھر مکرر ہوتا ہے۔

ان وقفوں کے دوران میں اعصاب وعضلات میکانی خراش سے زیادہ اثر پذیری ظاہر کرتے ہیں (Chvostek)۔ اعصاب کے قرع سے متناظر عضلات میں انقباضات پیدا ہو جاتے ہیں، اور یہ امر چہرہ میں عظم الوجنہ اور زاویۂ دہن کے بالکل بیچوں بیچ قرع کرنے سے خوب ظاہر ہوتا ہے۔ چہرے کو اوپر سے نیچے کی طرف سہلانے سے یکے بعد دیگرے عضلات کا انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔

ٹراؤسو (Trousseau) نے پہلے بتلایا کہ بازوؤں کو مضبوط پکڑنے سے، یا اعصاب وشرائین کو دبانے سے، اِن وقفوں کے زمانہ میں تازہ دورے پیدا کئے جاسکتے ہیں۔ نیز حرکی اعصاب فرادیت سے غیر معمولی طور پر اثر پذیر ہوتے ہیں، اور کلوانیت سے تو اور بھی زیادہ (Erb)۔ اگر ۲ ملی ایمپیئر سے نیچے کی کلوانی روئیں زیر برقیرہ کو بند کرنے یا زیر برقیرہ کو کھولنے پر انقباض پیدا کردیں تو اس سے ظاہر ہوگا کہ بیش تحریک پذیری موجود ہے، جو تکزز کی موجودگی کی دلالت ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 628)۔ طبعی حولت ۵ر۲ اور ۳ ملی ایمپیئر کے درمیان ہے۔

490

لیکن دَوروں کے درمیان وقفہ ہمیشہ نہیں ہوتا۔ بچوں میں مسلسل تشنج زیادہ عام ہے، اور بالغوں میں ممکن ہے کہ تشنج کلی طور پر ڈھیلا نہ ہو، اسی واسطے اس شکل کے تشنج کو مُتفتّر، اور اُس شکل کو جس میں کامل سکون کے وقفے ہوں مُتوقف کہتے ہیں۔ مخفی تکزز (latent tetany) میں، جو خاصہ عام ہے، تشنج کے حملے خود رُو نہیں ہوتے۔

کمسن بچوں میں عصبی نظام کی غیر معمولی تحریک پذیری نہ صرف تکزز کی صورت میں، بلکہ صَرصَری تشنج حنجرہ (laryngismus stridulus)، اور تشنجات سے بھی ظاہر ہوتی ہے۔

نزدورقینی تکزز میں، عدسی عتمات، جو کہ ابتدائی درجوں میں ایک شگافی چراغ (slit-lamp) کے ذریعہ مشاہدہ کرائے جاسکتے ہیں، ناخنوں کا بھربھراپن اور حیدیت (ridging)، ناقص مینا کی وجہ سے دانتوں کی مستعرض حیدیت، اور بالوں کا گرجانا واقع ہوسکتا ہے (21)۔

یہ مرض چند دنوں سے لے کر چند ہفتوں تک جاری رہتا ہے اور قاعدہ کی کشفایابی ہوجاتی ہے۔ کبھی کبھی صحتیابی کے بعد تھوڑے عرصہ تک ٹانگوں کی کچھ کمزوری باقی رہ جاتی ہے، اور عضلی ذبول اور ریشکی لرزش بھی دیکھی گئی ہے۔ لیکن جب دَورے شدید ہوں تو موت خستگی سے، یا ذات الجنب سے (جو تنفسی مزاحمت کا نتیجہ ہوتا ہے)، یا بچوں میں اُسی اسہال کی وجہ سے واقع ہوجاتی ہے جس نے تکزز کو پیدا کردیا تھا۔

تشخیص - تشنجات کی توزیع، یعنے اُن کا بالخصوص ہاتھوں اور پاؤوں میں واقع ہونا، اِس مرض کو کزاز (tetanus) سے ممیز کرتا ہے۔ ھسٹیریائی انقباضات تکزز کی شکل اختیار کرسکتے ہیں۔ وہ عموماً یک جانبی ہوتے ہیں اور دوسرے ہسٹیریائی حالتوں کے ہمراہ واقع ہوتے ہیں۔ مخفی تکزز (latent tetany) کی تشخیص امارات وائسٹیک و ٹراؤسو کی مدد سے کی جاسکتی ہے اور بعض اُن علامات کی موجودگی پر سے جو عموماً اُس کے ساتھ وابستہ ہوتے ہیں، یعنے دانتوں کے مینا کے نقائص، گردنواتی نزول الماء (perinuclear cataracts)، بالوں اور ناخنوں کے اسوءِ تغذیہ، اور متوالی التہاب ملتحمہ۔

علاج - پیراتھارمون (parathormone) تحت الجلدی، دروں عضلی یا دروں وریدی راہ سے روزانہ ۱۰ تا ۳۰ یونٹس دیا جائے۔ بیش متعاوی کی سب سے پہلی علامت قئے ہوتی ہے۔ کیلسیم کلورائڈ (calcium chloride) (۱۵-۲۰ گرین، شیر خوار بچوں کی حالت میں) براہ دہن ہر چوتھے گھنٹے دیا جاتا ہے (25)۔ کلورین دورانِ خون کے اندر جاکر کلورائڈ کی کمی کی تلافی کردیتی ہے، اور کیلسیم امعاء سے خارج ہوجاتا ہے۔ ایمونیم کلورائڈ (ammonium chloride) بھی بڑی متعادوں میں آزمایا جائے۔ اِس کا ایمونیا یوریا میں تبدیل ہوجاتا ہے، چنانچہ اس صورت میں بھی ہائڈروکلورک ایسڈ سے فائدہ حاصل کیا جاسکتا ہے۔ یہ دوائیں براہِ معاء مستقیم بھی دی جاسکتی ہیں۔ مریض کی مُعِدہ حالت کو حتی الامکان دور کردینا چاہیئے۔ مثلاً معدی اتساع کا علاج جراحی عملیہ (معدی صائمی تفجیر = gastro-jejunostomy) کے ذریعہ سے کرنا چاہیئے۔ بچوں میں اسہال کا علاج کرنا چاہیئے، اور کساحتہ (rickets) کا تدارک روغن کاڈلیور، فولاد، مناسب غذا، وغیرہ سے کرنا چاہیئے۔ عورتیں اپنے بچوں کو دودھ پلانا چھوڑدیں، اور فولاد اور دوسرے مقویات استعمال کریں۔

غدۂ تیموسیہ

(THYMUS GLAND)

غدۂ تیموسیہ کا وزن، پیدائش سے لے کر ایک سال تک، وزن جسم کا تقریباً ½ فی صدی ہوتا ہے، اور ۱۱ اور ۱۲ سال کے درمیان اس وزن کا ۸۵ء۰ فیصدی ہوتا ہے لیکن اگر احتیاط کے ساتھ تلاش کیا جائے تو بالغ عمر میں بھی اس کا باقی حصہ مل سکتا ہے، جو لیفی اور شحمی بافت، لمفی خلیوں کے جزیرات، اور چند جسیمات ہیسل (Hassall's corpuscles) پر مشتمل ہوتا ہے (Dudgeon)۔ ذبول میں جو بچوں میں ضمور (marasmus) یا تدرنی یا دوسرے مزمن ہزال آفریں امراض کے ہمراہ پایا جاتا ہے، یہ غدہ جسامت میں گھٹ جاتا ہے۔ تیموسیہ کی کلانی، متعدد امراض میں پائی جاتی ہے، جن میں سے اہم ترین یہ ہیں:— بیضِ دمویت (leukæmia)، بالخصوص لمفائی قسم کی، مرضِ ہاجکن، جھوٹی گانٹھ اور منترقی عضلی نہاکت (myasthenia gravis)۔ تدرن کے اثر سے غدہ متغیر ہو کر ایک لیفی جبنی تودہ بن سکتا ہے، اور غدے میں نوبالیدہ بھی ہو سکتی ہے۔

زمانہ ماضی میں غدۂ تیموسیہ کی انتہائی اہمیت یہ بتائی گئی ہے کہ یہ اس حالت میں جو کہ تیموسی لمفی حالت (status thymo-lymphaticus) کے نام سے مشہور ہے، ناگہانی موت کا باعث ہوتا ہے۔ یہ تشخیص ایسی موت کی توجیہ کے لئے کی گئی ہے جو معدم حس کے تحت خاص طور پر بچوں میں واقع ہو، اور موت کا سبب واضح نہ ہو۔ ان اصابتوں میں بسا اوقات تمام جسم کی لمفی بافتوں کی عام بیش تکوین پائی جاتی ہے، اور تیموسیہ کو بڑھا ہوا سمجھا گیا ہے۔ لیکن اس کے خلاف واقعہ یہ ہے کہ لمفی بافت کی مقدار غالباً اس سے ہرگز زیادہ نہیں ہوتی کہ جتنی ایک طبعی بچہ میں موجود ہوتی ہے، گو کہ ایک ایسے بچے میں جو ہزال آفرین مرض سے مرا ہو، لمفی بافت ذبول ظاہر کرتی ہے۔ تازہ تحقیقات سے اب یہ پتہ چلا ہے کہ

تیموسی غدہ بھی طبعی حدود کے اندر ہوتا ہے' لہذا تیموسی لمفی حالت کی تشخیص کسی حقیقت پر مبنی نہیں' اور مستقبل میں ایسی اموات کو معدم حس کی طرف براہ راست منسوب کرنا چاہئے' یا ناگہانی موت کی دوسری شالوں میں کسی نامعلوم سبب کی طرف۔

فوق الکلیہ کیسے

(SUPRARENAL CAPSULES)

فوق الکلیہ کیسے دو حصوں پر مشتمل ہیں :۔

۱۔ قشرہ (cortex) (بین کلوی نظام = interrenal system) میاں آدمی خلیوں سے ماخوذ ہوتا ہے' جو اعضائے تناسل سے قریبی تعلق رکھتے ہیں۔ اُس میں کالیسٹرین ایسٹر (cholesterin esters) اور لیسیتھین (lecithin) بڑی مقدار میں موجود ہوتے ہیں' اور اُس کا زرد رنگ انہیں کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اُس کا وزن پورے غدے کا ۹۰ فی صدی ہوتا ہے' اور وہ دوران حمل میں کسیقدر زیادہ بڑا ہوجاتا ہے۔ قشرہ کے لیپائڈز ساری نوعیت کے ایک حاد حموی مرض کے باعث جو کہ مہلک ہوتا ہے چند ہی روز میں غائب ہوجاتے ہیں' اس کے برعکس وہ خواہ کی حالتوں' مثلاً خبیث مرض میں' خارج نہیں ہوتے۔ اِس لحاظ سے وہ معمولی جسمانی شحم کے بالکل برعکس خاصہ ظاہر کرتے ہیں۔ قشرہ صنف کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ شاذ الصابتوں میں جہاں قشرہ بیش پرورہ ہوتا ہے' اعضائے تناسل کا نمو متبادر ہوتا ہے اور مردانہ خصایص کی زیادتی پائی جاتی ہے۔ زیادہ عام طور پر یہ علامات قشرہ کے سرطان سے پیدا ہوجاتے ہیں (جو ملاحظہ ہو)۔ اس کے برعکس فوق الکلیوں کی ناقص تکوین' بعض اوقات اعضائے تناسل سے بالوں کے غائب ہوجانے یا ابتدا ہی سے ان بالوں کی غیر موجودگی' اور اعضائے تناسل کی ناقص تکوین کی حالتوں میں دیکھی گئی ہے۔ قشرہ میں ایک ترجیحی شئے ہیکسیورانک ایسڈ یا اے سکاربک (hexuronic acid or ascorbic)' حیاتین ج سے مماثل (ملاحظہ ہو) موجود ہوتی ہے' جو جسم کے آکسی ڈیسیز (oxidases) کا امتناع کرتی ہے۔

جب یہ ترجیحی شئے غیر موجود ہو جیسے کہ مرضِ ایڈیسن میں تو یہ آکسیڈیسیز جسم کے ترکیبی سالمات کے ہائڈروکیونون گروہوں (hydroquinone groupings) کو سیاہ رنگ رکھنے والے کیونون گروہوں (quinone groupings) میں متغیر کرنے میں پورے طور پر کارفرما ہوتے ہیں اور اس طرح جسم کو رنگ دیتے ہیں (27)۔ ہوا میں کھلے رہنے پر ایک تازہ کٹے ہوئے سیب کا سیاہ پڑجانا بھی تکسید کی وجہ سے ہی ہوتا ہے۔ آخراً یہ کہ قشرہ میں ایک نوعی مادہ موجود ہوتا ہے جو کہ ایڈیسن کے مرض کو روکتا ہے اور فوق الکلوی قشری خلاصہ (suprarenai cortical extract)، ایسکاٹین (esrhatin)، یوکارٹون (eucortone) یا کارٹین (cortin) کے نام سے مشہور ہے۔

۲۔ لُبّ (medulla) اُنھیں خلیوں سے اخذ ہوتا ہے جن سے مشارکی عصبی نظام کے عقدی خلیے ماخوذ ہوتے ہیں۔ بائکرومیٹ (bichromate) سے وہ ممیز و مخصوص تلوینی تعامل ظاہر کرتا ہے اور اسی واسطے اُسے ایک کرومافینی جسم (chromaffine body) کہتے ہیں۔ وہ ایڈرینین (adrenin) یا ایپی نیفرین (epinephrin) نام کی ایک شئے تیار کرتا ہے جو بذریعۂ تالیف بھی تیار کرلی گئی ہے، اور کیمیائی لحاظ سے آرتھوڈائی آکسی فینائل ایتھانال میتھائل ایمین (ortho-dioxyphenyl-ethanol-methylamine) ہے۔ احشائی اعصاب کو متہیج کرنے پر یہ شئے خون کے اندر منصب ہو جاتی ہے۔ یہ تمام مشارکی عصبی منتہاؤں پر ایک قوی اثر رکھتی ہے۔ طبعی حالات کے تحت دورانِ خون کے اندر یہ انصباب اُس وقت واقع ہوتا ہے جب کہ تحریک، درد، خوف اور غصہ کے قوی جذبات پیدا ہوتے ہیں۔ اس حالت میں ہضم اور تجدید پیدائش سے متعلق اعمال کا امتناع ہو جاتا ہے۔ حیوان جنگ کے لئے یا فرار ہونے کے لئے مستعد ہو جاتا ہے۔ اس کی پتلیاں پھیل جاتی ہیں۔ جلد پھیکے رنگ کی ہو جاتی ہے۔ بال کھڑے ہو جاتے ہیں۔ حرکتِ قلب تیز ہو جاتی ہے۔ جگر پر اس شئے کے فعل سے خون میں شکر زیادہ ہو جاتی ہے۔ ڈھانچہ کے عضلات زیادہ قوت ظاہر کرتے ہیں اور جلد نہیں تھکتے۔ خون کی ترویب پذیری زیادہ ہو جاتی ہے، اور اگر وہ حیوان زخمی ہو جائے تو ترویب کی یہ زیادتی کارآمد ہوتی ہے۔ اس میں شک

نہیں ہو سکتا کہ ایک دیوانے شخص کی طاقت، جو ضرب الامثال میں پائی جاتی ہے، ایڈرینین کے انصباب کے باعث ہوتی ہے، اور اسکے محافظوں میں جو اسکی قوت محسوس کرتے ہیں، حائل قوی جذبات کارفرما نہیں ہوتے۔ عتاہت مبتدیہ (dementia præcox) میں یہ پایا گیا ہے کہ لب قلیل ہوتا ہے اور نسیجیاتی تغیرات ظاہر کرتا ہے (28)۔

یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ بدن میں پیدا شدہ حرارت کی تنظیم بڑی حد تک ایڈرینین کی رسد کی وجہ سے ہوتی ہے، جو جگر پر عمل کرتی اور گلائکوجن کو منتقل کرتی ہے، اور یہ کہ تپ ایڈرینین کے سریع انصباب کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اِس مفروضہ کی بنا پر وہ ناگہانی شدید تپ جو لب کے اندر نزف یا شدید امتلا کے ہمراہ پائی جاتی ہے، حاد بلیش ایڈرینالیت (hyper-adrenalism) کی علامت ہے (15)۔ ایسے نزفات عموماً نوعی حمیات، مثلاً ملیریا، ذات الریہ، سرخ بادہ، پرپورا وغیرہ کے باعث ہوتے ہیں، جن میں لب کے اِمتلا کی توقع ہو سکتی ہے۔ لیکن یہ نزف فوق الکلوی وریدوں کی علقیت کے باعث بھی واقع ہو سکتا ہے۔ اور اسی واسطے اِس حالت میں تپ سرایت کی وجہ سے ہرگز نہیں ہوتی بلکہ مشارکی تہیج کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ایک "مشارکی تپ" ("sympathetic fever") ہے۔

اِن میں سے بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ تپ جاتی رہے اور اس کے بعد تحت الطبعی تپش، نہاکت اور ہبوط واقع ہو جائے۔ یہ حاد قلیل ایڈرینالیت (hypo-adrenalism) کے علامات ہیں، جو لب کے تلف ہو جانے کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔ اِس تعلق میں یہ یاد رکھنے کے قابل ہے کہ عام ضیق کے ساتھ بتدریج ہلاکت کو پہنچنے والے اشخاص میں لب کا ایڈرینالینی مافیہ ۲، ۰ ملی گرام سے لے کر ۳، ۲ ملی گرام تک پایا جائے گا، درآں حالیکہ ناگہانی موت کی مثالوں میں اسکی مقدار ۵، ۴ ملی گرام ہوتی ہے۔ حاد قلیل ایڈرینالینیت کے دوسرے علامات شراسیفی درد کا ناگہانی حملہ اور الیمیت ہیں، اور اس کے بعد شکم کا تمدد۔ اور تشنجات، قوما اور ہذیان، یا ایک محرقی درجہ۔

مرضِ ایڈیسن

(Addison's disease)

اس مرض کو سب سے پہلے ڈاکٹر تھامس ایڈیسن نے ۱۸۵۵ء میں بیان کیا۔
بحث اسباب۔ یہ مرض ہر عمر میں ہو سکتا ہے، اور ذکوریں نسبتہً زیادہ عام ہے۔ تدرن ایک نہایت کثیر الوقوع سبب ہے۔ بعض اصابتوں میں فوق الکلوی کیسے ماسبق سل ریوی، یا شوکی بوسیدگی (spinal caries) یا خصری خراج (psoas abscess) سے سرائت زدہ ہو جاتے ہیں۔ لیکن بہت سی اصابتوں میں بہ ان غدد کی ایک اولی درنی سرایت ہوتی ہے۔ تراشنے پر یہ نیم شفاف رمادی یا سبزی مائل رمادی بافت اور غیر شفاف زرد جبنی جرم کا ایک مجموعہ ظاہر کرتے ہیں۔ بعض اوقات یہ جبنی مادہ نرم ہو کر ایک ریمی کہفہ بن جاتا ہے۔ ۲۵ فی صدی اصابتوں میں تغیر صرف یہی ہوتا ہے کہ قشرہ کا ذبول واقع ہو جاتا ہے (29)۔ دوسری مثالوں میں ان غدد پر سلعہ کا حملہ ہوتا ہے، یا عروق کی علقیت واقع ہو کر خون کی دعا بدری ہوتی ہے۔

امراضیات۔ مرض ایڈیسن فوق الکلیہ کے قشرہ کے اتلاف کے باعث ہوتا ہے جس سے اے سکاربک ایسڈ (ascorbic acid) کا فقدان ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ، جیسا کہ پہلے سمجھا گیا ہے، لونیت ہوتی ہے۔ نیز نوعی قشری مادہ کی عدم موجودگی، بلازما کے سوڈیم کلورائیڈ کا سقوط، پوٹاسیم کا ارتفاع، اور نائٹروجینی مادوں کا کلوی احتباس پیدا کرتی ہے۔ گردے اب بھی بہت سے کلورائیڈ اور وافر پانی کا اخراج کرتے ہیں۔ یہ حیاتی کیمیائی تغیرات خون کے ارتکاز کی وجہ سے کثیر خلوی دمویت، دباؤ کی کمی اور اس مرض کی عمومی نہاکت، اور شاید معدی معوی اختلالات پیدا کر دیتے ہیں۔ اساسی تحول طبعی درجہ سے نیچے پایا گیا ہے (4)۔

علامات۔ اہم علامات یہ ہوتے ہیں:۔ کمزوری، خون کے دباؤ کی کمی، قئے، اور لونیت۔ آغاز مرض عموماً غیر محسوس طور پر ہوتا ہے اور مریض کو بتدریج کمزوری، انخفاض، نڈھال پن اور محنت کے لئے بے رغبتی کی شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ کوکھوں، مراق یا شراسیف میں درد ہو۔ قلب کا فعل نہایت ضعیف

ہوتا ہے، اور بستر میں اٹھنے پر غشی یا دورانِ سر، یا محنت کرنے پر سانس کا پھولنا یا اختلاج ہوتا ہے۔ نبض کے ضربات فی منٹ اسّی سے نوّے تک ہوتے ہیں، اور وہ صغیر و ضعیف ہوتی ہے۔ خون کا دباؤ نہایت کم ہوتا ہے، اور اتنا کم کہ پارے کا ۸۰ یا ۶۰ ملی میٹر ہوتا ہے۔ اشتہا عموماً کم ہوتی ہے، اور متلی، ابکائیاں اور قے مرض کے اہم مظاہر ہیں۔ جوں ہی کہ بحران ہوتا ہے، ادرار البول اور اس کے ساتھ خون کا ارتکاز اور کثیر خلوی دموییت پیدا ہوتی ہے۔ چڑچڑاپن اور بےچینی بعض اوقات نہایت نمایاں ہوتی ہے۔ جلد کی عجیب و غریب بدرنگی ایک ایسی علامت ہے جو سب سے زیادہ جاذبِ توجہ رہی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ علامت متذکرہ بالا عمومی علامات کے ساتھ ساتھ دیکھی جائے، یا اُن سے پہلے نمویاب ہو جائے، یا اُن کے نمایاں ہونے کے کئی ماہ بعد واقع ہو۔ اصابتوں کے اس آخری گروہ میں اگر عمومی علامات نہایت شدید ہیں تو ممکن ہے کہ وہ جلد کے ماؤف ہونے سے پہلے ہی مہلک ثابت ہو جائیں۔ چنانچہ بعض اوقات مرض ایڈیسن میں لونیت غیر موجود ہوتی ہے اور اس کی توجیہہ اسی طرح کی جاتی ہے۔ یہ لونیت یا سمرت، اپنی ہلکی چھائیوں میں قاتم یا زردی مائل بھوری اور بعض اوقات زیتونی یا سبزی مائل بھوری رنگت کی ہوتی ہے۔ اس کی زیادہ نمایاں شکل میں جلد کا رنگ گہرا بھورا ایک خلاسی کے رنگ کی طرح ہوتا ہے۔ یہ لونیت عموماً اولاً جلد کے اُن حصوں کو متاثر کرتی ہے جو قدرتی طور پر کھلے ہوئے ہوتے ہیں، جیسے کہ چہرہ، گردن، ہاتھوں اور انگلیوں کی پُشت، لیکن جلد الراس یا مونچھوں کے نیچے لب کی جلد غیر متاثر رہتی ہے۔ دوئم یہ اُن حصوں کو متاثر کرتی ہے جو قدرتی طور پر دوسرے حصوں کے نسبت زیادہ رنگ دار ہوتے ہیں، جیسے کہ بغلیں، قضیب، صفن اور بھٹنیوں کے ہالیزے۔ سوئم یہ دباؤ اور خفیف چوٹ کے مقامات کو متاثر کرتی ہے، جیسے کہ عورتوں میں موزہ بندوں اور کمر بندوں کے نشانات، اور وہ مقامات جہاں آبلہ آور اور پلستر لگائے گئے ہوں۔ لیکن جلد کو تلف کر دینے والے زخموں کے ندبات سپید ہی رہتے ہیں اور رنگ کی ایک گہری تہ اُن کی سرحد بناتی ہے۔ بعض اوقات ہتھیلیوں کی گہری لکیریں سیاہ ہو جاتی ہیں۔ ممکن ہے کہ جلد کے

اُن حصوں پر جو سیاہ ہو گئے ہیں چھوٹے چھوٹے سیاہ دھبے، تلوں یا چھائیوں کی طرح نظر آتے ہیں۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ سارے جسم پر لونیت چھا جائے۔ لیکن اس درجہ تک پہنچنے سے پہلے ہی ہمیں مرض کو عموماً پہچان لینے کے لئے تیار رہنا چاہئے اور فی الحقیقت بہت سے مریض ایسی عام لونیت کے وقوع سے پہلے ہی ہلاک ہو جاتے ہیں۔ یہ لونیت جلد ہی تک محدود نہیں ہوتی۔ اکثر ہر لب کی اندرونی جانب پر ایک آسمانی مائل سیاہ لکیر مخاطی غشاء کے برابر برابر اور اسکے اور جلد کے اتصال کے خط کے متوازی دوڑتی ہوئی نظر آسکتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ دوسری زیادہ بے قاعدہ چلتیاں گال کی مخاطی غشا پر اور زبان کی جانب پر واقع ہوں۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان میں سے بعض بوسیدہ دانتوں کی موجودگی اور اُن کی خراش پر منحصر ہوتی ہیں۔ بالعموم تپش طبعی درجہ پر ہوتی ہے اور بول طبعی ہوتا ہے۔ اگرچہ مریض کمزور ہوتا ہے، لیکن اُس کا منحول یا عدیم الدم ہونا لازمی نہیں بلکہ ممکن ہے کہ تحت الجلد شحم کی خاصی موٹی تہ اُس کے خاتمہ تک باقی رہے۔

مرض کا ممر نہایت تغیر پذیر ہوتا ہے۔ اشتدادات اور فترات اس کے نمایاں خصائص ہوتے ہیں، اور شدید مرض کے زمانے، جو مریض کو فریش رکھتے ہیں، مقابلۃً پُرصحت زمانوں کے ساتھ تبادل ہوتے ہیں۔ لیکن ہر تازہ اشتداد کے بعد مریض یقیناً پہلے کی نسبت خراب تر حالت میں ہوتا ہے۔ مدتِ مرض چند ماہ سے لے کر چھ یا سات سال تک ہوتی ہے۔ موت زیادہ تر نہاکت کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے، کیونکہ مریض بتدریج زیادہ سے زیادہ کمزور ہو کر غنودگی کی یا نیم قوامئ حالت میں پہنچ جاتا ہے، جس میں نبض زیادہ ضعیف ہوتی جاتی ہے۔ کبھی کبھی ہذیان اور تشنجات اس منظر کا خاتمہ کر دیتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں عام علامات اور نہایت خفیف سی لونیت صرف چند مہینوں تک دیکھی گئی ہے، اور پھر انتہائی انبطاح واقع ہو کر چند ہی ہفتوں میں مریض کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔

تشخیص ۔ مندرجہ ذیل غلطیاں ہونے کا نہایت امکان ہوتا ہے:۔

(۱) دوسری کسی بدرنگی کو مرضِ ایڈیسن سمجھ لینا۔ (۲) جب لونیت خفیف یا غیر موجود ہو، علاماتِ مرض کی شناخت میں ناکام رہنا۔ وہ بدرنگیاں جو غلطی سے

مرض ایڈیسن سمجھی جا سکتی ہیں حسب ذیل ہیں: خفیف یرقان' یا متلف عدم دمویت (pernicious anæmia) کی بدرنگی۔ تقمل (phtheiriasis) جسکی شناخت خراشیدگیوں سے' اور لونیت کے اُن حصوں میں محدود ہونے سے کی جا سکتی ہے جہاں تک اُنگلیوں کے ناخن پہنچ سکتے ہیں' نیز چہرہ بالکل متاثر نہ ہونے سے۔ ملیریا اور سِل ریوی کی پھیکی اور مٹیالی رنگت۔ کَلَف رحمی (chloasma uterinum) عورتوں میں۔ اور سعفہ مختلف الالوان (tinea versicolor) ابتدائی درجوں میں' جن میں سیاہی زیادہ نہیں ہوتی' بلا سبب کمزوری' اور ساتھ ہی ضعیف وصغیر نبض' اور قئے تشخیصی خصائص ہوتے ہیں۔ حیاتی کیمیائی اور علاجی کاشفات سب سے زیادہ یقینی ہیں۔ علامات ایک بے نمک غذا سے زیادہ شدید ہو جاتی ہیں (اگرچہ یہ خطرہ سے خالی نہیں)' اور نمک دینے سے اُن میں اصلاح ہو جاتی ہے اور قشری خلاصہ سے وہ غائب ہو جاتی ہیں۔ آخر الذکر بلازما کے کلورائیڈ کو مرتفع کر دیتا اور دوسرے غیر طبعی حیاتی کیمیائی تغیرات کو زائل کر دیتا ہے۔

علاج۔ یہ طب میں نہایت ہی جدید ترقیوں کا آئینہ دار ہے۔ نمک' روزانہ ۱۰۔۱۵ اگرین کی معتادوں میں' مرض میں تخفیف پیدا کرتا ہے۔ کارٹین ۱۔سی سی تک کا روزانہ زیرجلدی اشراب علامات کو بالکل دور کر دیتا ہے اور لونیت غائب ہو جاتی ہے۔ اس قیمتی دوا کی بہت حد تک ضرورت نہیں پڑتی' بشرطیکہ نمک دیا جائے۔ لونیت' لے سکاربک ایسڈ دینے سے غائب ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو)۔

فوق الکلیہ کیسوں کی رسولیاں

ان غدد کو ماؤف کرنے والی رسولیاں غدی سلعہ (adenoma)' لحمی سلعہ (sarcoma)' سرطان (carcinoma)' اور عصبی ناہضی سلعہ (neuroblastoma) ہیں۔ لحمی سلعہ نہایت شاذ ہوتا ہے' اور صرف بالغوں میں پایا جاتا ہے۔ عصبی ناہضی سلعہ بچوں میں ہوتا ہے' اور غدے کے لُب سے پیدا ہوتا ہے۔ وہ ایک خبیث بالید

اور صغیر خلیہ لحمی سلعہ سے مشابہ ہوتی ہے، لیکن اس میں گلچھے ہوتے ہیں، جو مرکزی عصبی نظام کے نوما یوں کا مخصوص و ممیز خاصہ ہیں۔ وہ ہڈیوں میں ثانوی جماؤ بہ آسانی پیدا کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ ایک بڑا تودہ بنا دے جو غلطی سے کلوی رسولی سمجھ لیا جائے۔ تاوقتیکہ اس کا جلد استیصال نہ کیا جائے اس کے مہلک ثابت ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ سرطان شاذ ہی اولی ہوتا ہے لیکن وہ عموماً وسیع ثانوی ضربات کا جز ہوتا ہے۔ اولی ہونے کی حالت میں وہ ایک صغیر خلیہ سرطان ہوتا ہے جس سے نزف اور تنخر بآسانی پیدا ہو جاتا ہے۔ ان خلیوں کی ترکیب انبیبی یا جو فیزی ہوتی ہے یا یہ عروق دمویہ کے گرد نصف قطری صورت میں جمع ہوتے ہیں۔ اور ان میں فوق الکلوی قشرے سے ایک عام مشابہت ہوتی ہے۔ جسم کے مختلف حصوں میں سلعہ کا انتشار بذریعہ سروح واقع ہو سکتا ہے۔ جب یہ بالید موجود ہوتی ہے تو اس سے سلعی خلیات کی فعالیت (بیش بین کلویت hyper- interrenopathy =) کے باعث مخصوص اور ممیز علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہی علامات قشرے کی سادہ بیش پرورش کی حالت میں بھی دیکھے جاتے ہیں۔ اگر فتور دروں رحمی حیات کے دوران میں شروع ہوا ہے تو نسائی خنوثیت کاذبہ (female pseudo-hæmaphroditism) دیکھی جاتی ہے، یعنی وہ فرد درحقیقت عورت ہوتی ہے، کیونکہ مبیضین موجود ہوتے ہیں، لیکن بیرونی خصایص مردانہ ہوتے ہیں۔ یہ حالت پیدایشی ہوتی ہے اور اس کا سبب عموماً دو جانبی قشری بیش تکوین ہے۔ جب یہ مرض پیدایش کے بعد جلد ہی شروع ہو جاتا ہے تو وہ حالت پیدا کر دیتا ہے جسے بلوغ قبل از وقت کہتے ہیں۔ یہ بچے شحیم ہوتے ہیں۔ لڑکوں میں تبادر اور متجاوز الحد تناسلی نمو پیدا ہو جاتا ہے۔ بڑی عضلی طاقت نمودار ہو کر وہ حالت پیدا ہو جاتی ہے، جیسے صبیانی ھرکیولی قسم (infantile Hercules type) کہتے ہیں۔ چہرے پر بال نمودار ہو جاتے ہیں اور تناسلی وظائف بڑھے ہوتے ہیں۔ لگا ہے تانیث (feminisation) یا ہم صنفی تبادر پیدا ہو جاتا ہے۔ لڑکیوں میں بالعموم تذکیر ہوتی ہے، یا دگر صنفی تبادر، بظر کی بیش پرورش، بالوں کی بالیدگی اور آواز کے بھرے پن کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ لیکن ہم صنفی

494

[illegible] میں بیان کیا گیا ہے' اور ممکن ہے کہ ان میں بعض جلد شروع ہونے والے بلوغت [illegible]
زندگی میں پیش ازمن کا وقت سے بالغ غیر طبعی شعرانیت یا مستر جلیت
پیدا ہو جاتی ہے۔ عورتوں میں بعض مردانہ خصائص دیکھے جاتے ہیں۔ چہرے پر
بال نکل آتے ہیں' اور جسم کے دوسرے مقامات کے بال زیادہ ہو جاتے ہیں۔ بعض
اور پستانوں کا نمو غیر موجود ہوتا ہے' جسمانی طاقت زیادہ ہوتی ہے اور دوسری
علامات' جن سے ترجّل عیاں ہوتا ہے' جیسے کہ ہم میت اور انانیت پیدا ہو جاتے
ہیں۔ تشیخ (progeria) یا قبل از وقت شیخوخت کی حالت میں جو کہ صفحہ ۲۸
میں بتائی گئی ہے فوق الکلوی رقیوں میں دوغا بھی [illegible] پائے جاتے ہیں اور بخامی
ماؤفیت کا کوئی ثبوت نہیں ملتا جیسا کہ دوسری امتناقوں میں پایا جاتا ہے۔ شرائین
دبازت یافتہ ہوتی ہیں' اور دموی فشار' دموی یوریا اور شکر بلند ہوتے ہیں اور مریض
ذہین اور دوسرے بچوں کے ساتھ کھیلنے کا شوقین ہوتا ہے۔

فوق الکلیہ کیسوں کے بعض دوسرے تغیرات کا تذکرہ بھی ضروری ہے۔
التہاب' اور تیتی مرکزوں کے قرب کی وجہ سے خراج' نزف تضرر کے باعث
چربشتی تغیر دیگر اعضاء کے تغیر کے ساتھ' جاودسی درنے عام تدرن میں اور شاذ طور پر
آتشکی صمغیہ یہ سب ان دوسری امراضیاتی حالتوں میں سے ہیں جو مل سکتی ہیں۔

غدۂ نخامیہ

494

(PITUITARY GLAND)

یہ غدہ' جسے اکثر زیر نامی (hypophysis) کہتے ہیں' تین حصوں پر مشتمل
ہے۔ (۱) جزوِ مقدم یا جزوِ غدی (pars anterior or glandulosa)'
جو غدی بُروں ادمہ سے ماخوذ ہوتا ہے اور جس میں کولائڈی ذویرے ہوتے ہیں۔
(۲) جزو موخر یا جزو عصبی (pars posterior or nervosa)' جو عصبی
مریشی ریشوں اور خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ (۳) جزو وسطی (pars
intermedia) جس کی ساخت غدی ہوتی ہے اور جو متفکرو [illegible] اجزاء کے

صفحہ ۳۰

ڈاکرڈی ویرلو کی مریضہ ۔ لڑکی عمر ۱۲ سال ۔ دوجانبی فوق الکلوی رسولیاں نخامی حفرہ طبعی ہے شریانی دبازت' ارتفاع الضغط ۔ بلند دموی شکر'
...سب برداشت ۔ مسن عورتوں کی سی چال ڈھال تیز فہم دوسرے بچوں کے ساتھ کھیلنے کی شائق ہے اسکے ہاتھ میں ایک عصائے میتری پکڑا ہوا ہے۔

درمیان واقع ہوتا ہے۔ جزو مقدم (لختۂ مقدم) سے نکلنے والا کولائڈ جزو موخر (لختۂ موخر) میں سے ہوکر بطین سویم کے اندر آتا ہے اور دماغی نخاعی سیال کے اندر پایا جاتا ہے۔

امراضیات۔ تجربتہً چوہوں میں پایا گیا ہے کہ لختۂ مقدم کے نکال ڈالنے سے ان کی عام بالیدگی اور اعضائے تناسل کا نمو دونوں رک جاتے ہیں (قلیل نخامیت = hypopituitarism)۔ پھر اس غدہ کے فعال خلاصوں کے اشراب سے عفریتیت (gigantism) پیدا ہو جاتی ہے۔ انسان میں لختۂ مقدم کی بیش فعالیت (بیش نخامیت = hyperpituitarism) سے اوایل زندگی میں لمبی ہڈیوں کی بیش بالیدگی کے باعث عفریتیت اور بالغ زندگی میں جب کہ لمبی ہڈیوں کے بربالے بالآخر متعظم ہو جاتے ہیں، کبر الجوارح (acromegaly) پیدا ہو جاتا ہے۔ ان دونوں حالتوں میں اس بیش بالیدگی کے ساتھ غدۂ درقیہ اور غدہ نزد درقیہ اور فوق الکلوی قشرے کی بیش تکوین موجود ہوتی ہے، اور یہ بیش بالیدگی نہ صرف ہڈیوں تک محدود ہوتی ہے بلکہ جسم کی تمام ساختیں اس سے متاثر ہوتی ہیں، چنانچہ اس حالت کے لئے کلاں جسمی (macrosomia) کی اصطلاح کا استعمال بہتر ہوگا۔ تازہ تحقیقات سے مقدم لختہ کی اہمیت یہ ثابت ہوتی ہے کہ یہ تمام اقسام کی دروں افرازی فعالیت کو نیز کاربوہائیڈریٹ کے تحول کو (ملاحظہ ہو قلیل شکر دمویت) منظم رکھتا ہے۔ اگر نخامیہ کا مقدم لختہ برباد کر دیا جائے، تو درقیہ، مبیضین، خصیتین، لبلبہ، فوق الکلیہ قشرہ اور شاید نزد درقیات میں انحطاطی تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ ان کا سد باب مقدمی نخامی خلاصہ جات کے اشراب سے کیا جا سکتا ہے، جن سے مہیج الدرقیہ، مہیج المولدات (ملاحظہ ہو مولدات) اور مہیج فوق الکلیہ ہارمون تیار کئے گئے ہیں، نیز ایک ایسا ہارمون جو پستان میں ہیجان پیدا کر کے دودھ کا افراز پیدا کرتا ہے۔ یہ ہارمون غدۂ نخامیہ سے طبعی طور پر آزاد ہو کر جسم میں داخل ہوتے رہتے ہیں اور دوسرے دروں افرازی اعضا پر اقتدار رکھتے ہیں۔ مثال کے طور پر مہیج الدرقیہ ہارمون درقیہ کو ہیجان میں لا کر تھائراکسین پیدا کرتا اور اس طرح اساسی تحول کو بلند کرتا ہے۔

لیکن یہ بلندی دیر پا ثابت نہیں ہوتی، کیونکہ غدہ کی فعالیت کے جاری رہنے کے [illegible]
جسم کچھ ضد مہیج الدرقیہ مادہ پیدا کرتا ہے (40)- چنانچہ غدۂ نخامیہ کے دروں [illegible]
تعلقات پیچیدہ ہیں، اور اس کے ضررات مختلف کثیر الغدی علامیات پیدا
کرتے ہیں جن کا انحصار اس امر پر ہے کہ کونسا خاص ہارمون مفقود ہے۔ ایک [illegible]
نیچے درج ہے۔

مقدمی نخامی ہارمون

مہیج الدرقیہ غدہ درقیہ کو تہیج کرتا، اور اساسی تحول کو بلند کرتا ہے۔	مہیج فوق الکلیہ فوق الکلیہ قشرہ کو متہیج کرتا ہے۔	مہیج المولدات، (ا) ایک پرولان نما مادہ جو بیض میں ہیجان پیدا کرتا ہے
جو لبلبہ کو جانے والا	پستان کو جانے والا دودھ کے	(۱) ایسٹرن
جو مہیج نزد درقیہ	افراز کی تہیج کرتا ہے۔	(۲) پروجیسٹن پیدا کرتا
		(ب) خصیہ کو تہیج کرتا ہے

جزو موخر سے ایک خلاصہ (پچوٹرین =pituitrin) حاصل ہوتا ہے جس میں
دو ہارمون، ضاغط العروق (پٹرسین =pitressin) اور مسرع الولادت
(پٹوسین =pitocin) موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ طبعاً کولائڈ کے ساتھ
خارج ہو کر دماغی نخاعی سیال میں آجاتے ہیں۔ مسرع الولادت رحم پر براہ راست
عمل کرتا ہے۔ ضاغط العروق معوی عضلے کو متہیج کرتا ہے اور عدیم الحس جانوروں
خون کے دباؤ کو بھی بڑھا کر ادرار بول پیدا کرتا ہے، اور دماغی نخاعی سیال اور دودھ
کے سیلان کو زیادہ کر دیتا ہے۔ لیکن غیر عدیم الحس انسان میں اس سے پیشاب کی
مقدار کم ہو جاتی ہے۔ جزو موخر ایک اور مادہ بھی بہم پہنچاتا ہے جو کہ معدہ کے مفرز
ترشہ خلیات کی نیز لب عظام کی بالیدگی کے لئے ضروری ہے۔ خرگوشوں میں اسکی
بڑی مقداروں کا اشراب نزفی التہاب معدہ پیدا کرتا ہے، جو کہ مفرز ترشہ خلیات
میں شروع ہوتا ہے۔

نخامی مرض میں اکثر پائی جانے والی شحمیت زیر عرشی خطے پر دباؤ پڑنے سے

باعث پیدا ہوتی ہے۔ ذیابیطس ملیخ پر بعد میں غور کیا جائے گا۔

مرضی تشریح - غدۂ نخامیہ کے امراض مندرجہ ذیل اسباب کے باعث ہو سکتے ہیں:- (۱) سرج ترکی کے اندر کے اضرار (درون سرجی) جو حسب ذیل ہوتے ہیں: (ا) ایوسین پسند غدی سلعہ (eosinophilic adenoma) جو لختۂ مقدم کے حقیقی افرازی خلیوں پر مشتمل ہو۔ یہ بیش نخامیت پیدا کر دیتا ہے۔ (ب) فاعلانہ طور پر بڑھنے والا لون ترس غدی سلعہ (chromophobe adenoma) جس کے خلیات میں ایسے ذرات نہیں ہوتے جو ایوسین کا رنگ قبول کر لیں۔ یہ سلعہ لختۂ مقدم کو تلف کر دینے کا رجحان رکھتا ہے اور اسی وجہ سے قلیل نخامیت پیدا کر دیتا ہے۔ (ج) مخلوط غدی سلعہ (mixed adenoma) جس میں ایوسین پسند اور لون ترس دونوں عناصر موجود ہوتے ہیں۔ یہ نخامیت فاتر (dyspituitarism) پیدا کر دیتا ہے، جو ایک ایسی حالت ہے جس میں قلیل نخامیت اور بیش نخامیت دونوں کے امارات ایک ہی وقت موجود ہوتے ہیں۔ یہ غدی سلعات ۲۰ سال سے نیچے کے اشخاص میں عموماً نہیں پائے جاتے۔ (د) غدی سرطان (adeno-carcinoma) جو شاذ ہوتا ہے۔ (ر) وقف الدمی تنخر جو انضمام کی وجہ سے پیدا ہو۔ (س) تازہ دریافت شدہ اساس پسند غدی سلعہ (basophil adenoma) مع اپنی مخصوص و ممیز علامات کے۔ یہ امر تعجب انگیز ہے کہ اگرچہ غدی سلعہ امتحانات لاش میں ۱۰ فی صدی میں واقع ہوتا ہے، خصوصاً آخری زندگی میں، یہ ان اصابتوں میں ۵۰ فی صدی میں واقع ہوتا ہے کہ جن میں نوابیہ جسم کے دوسرے حصوں میں واقع ہوتا ہے (37)۔ (۲) فوق سرجی اضرار جو سب متلف ہونے کی وجہ سے قلیل نخامیت پیدا کر دیتے ہیں۔ ان میں سے فوق سرجی دویرہ عام ترین ہے۔ یہ دماغی سلعہ کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ دوسری رسولیاں سحائی سلعہ (meningioma)، شحمی دویرہ (cholesteatoma)، عصبی سریشی سلعہ (glioma) اور لحمی سلعہ (sarcoma) ہیں۔ (۳) درون جمجمی اضرار جو فاصلہ پر ہوں اور جو ثانوی طور پر استسقاء الدماغ (hydrocephalus) پیدا کر کے غدۂ نخامیہ پر اوپر سے دباؤ ڈالتے ہیں۔

علامات - ان کا انحصار غدے کی فعالیت سے اختلالات ضرر کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں (غدی علامات) - نیز گردو پیش پر دباؤ پڑنے پر ہوتا ہے (جواری علامات) - آخر الذکر دماغی سلعہ کے تحت بیان کئے گئے ہیں -

قلیل نخامیت دوراً قتادہ دماغی ضرر کے علامات کے ہمراہ پائی جاسکتی ہے -

غدی علامات - کبرالجوارح - یہ بیش نخامیت کے باعث ہوتا ہو- اس مرض کو ۱۸۸۶ء میں ماری (Marie) نے بیان کیا - یہ عموماً ریعان میں یا ابتدائی سن بلوغ میں ہوا کرتا ہے - جوارح (ہاتھوں اور پاؤں) اور چہرے کی ہڈیوں کی کافی ہوتی ہے یُسلامیات موٹی ہوجاتی ہیں، اور نبجات العظام پیدا ہو جاتے ہیں - جبڑا بڑا ہو کر نیچے اور آگے کو لٹک آتا ہے (جانوی بروز الشدق (mandibular = prognathism - دانت متفاصل ہو جاتے ہیں - نرم حصے بھی موٹے ہو جاتے ہیں - جلد کے حلیمات بیش پرورده ہوتے ہیں - ناخن چوڑے، موٹے اور مضلع ہو جاتے ہیں - جلد موٹی اور شحمی ہو جاتی ہے - لب، کان، ناک اور زبان موٹے، کھردرے اور بڑے ہو جاتے ہیں - انگلیوں کی دبازت سے ہاتھ کی شکل ایک خاص طرز کی ہو جاتی ہے، جسے ماری نے طرز کبیر (type en large) کے نام سے یاد کیا ہے - احشاء مع قلب کے بڑے ہو جاتے ہیں - ممکن ہے کہ تسمم بھی ہو جائے - کبرالجوارح میں جو فعال بیش نخامیت کے ساتھ ہوا ساسی تحول کی زیادتی اور برداشت شکر کی کمی موجود ہوتی ہے، اسی واسطے اگر برداشت شکر کا امتحان کیا جائے تو بیش شکر دمویت اور شکر بولیت موجود ہوتی ہے - ممکن ہے کہ حقیقی ذیابیطس اور اس کے ساتھ کیتونیت واقع ہو جائے، اور ایسی ہی ایک اصابت میں رسولی نکال دینے کے بعد ذیابیطس میں بہت اصلاح ہو گئی (31)- اگر نخامیت فاتر واقع ہو جائے تو برداشت شکر زیادہ ہو جاتی ہے - اکثر عقلی نمو ادنیٰ درجہ کا ہوتا ہے -

اگر بیش نخامیت دوران طفلی میں واقع ہو جائے تو ہڈیاں معمول کی نسبت

ہو جاتی ہیں (عفرمیت)، اُنگلیاں بھی معمول کی نسبت بڑی ہو جاتی ہیں اور ہاتھ اس طرز کا ہو جاتا ہے جسے ماری نے (spade hand) کے نام سے موسوم کیا ہے۔

قلیل نخامیت۔ اس کی خالص مثالیں وہ شاذ اصابتیں ہیں جن میں اگلا لختہ انقعامات سے تلف ہو جاتا ہے یا کسی نخامی عمل کا نتیجہ ہوتی ہیں۔ اگر ایسا طفلی کے زمانہ میں واقع ہو تو قزمیت (dwarfism) پیدا ہو جاتی ہے (نخامی ناتمامی یا لورینی طرز کی قصری = Lorain type of pituitary ateleiosis = (infantilism) سارا جسم چھوٹا ہوتا ہے (قصر جسمی = microsomia یا زیر نامی قصیر قامتی = (hypophyseal nanism)، لیکن متناسب ہوتا ہے۔ اعضائے تناسل غیر نمو یافتہ اور ثانوی تناسلی خصائص غیر موجود ہوتے ہیں۔ اس قسم میں جسے سمانڈز (Simmonds) کا مرض کہتے ہیں، مریض بظاہر بوڑھا نظر آتا ہے اور اس کے ساتھ جلد پر جھریاں ہوتی ہیں، اور تحت الجلد بافتوں کا ذبول نیز کثرت ثانوی سنی اور تناسلی ذبول، بے طمثیت، عدم اشتہا، قبض اور پست جسمانی تپش، دموی فشار، تواتر نبض، دموی شکر اور اساسی تحول ہوتے ہیں۔ ممکن ہے وہ خواب آلودہ حالت میں مر جائے۔ اگر اگلے لختہ کا اتلاف زمانۂ بلوغ میں ہو جائے تو قبل از وقت شیخوخت اسی وقت واقع ہو جاتی ہے۔ نخامی قزمیت قبل از وقت شیخوخت کے ہمراہ واقع ہو سکتی ہے۔ یہ ایک قسم کا تشیخ (progeria) ہے۔ دوسرے دروں افرازی غدّوں پر نخامیہ کا جو اقتداری اثر پہلے بیان کیا جا چکا ہے اس سے یہ سمجھ میں آ سکتا ہے کہ جب یہ غدے ذبول پائے جاتے ہیں تو علامات ہارمونوں کی متعدد تقلیل سے پیدا ہوتے ہیں (ایک قسم کا کثیر الغدی علامیہ)۔ لازماً، ان اصابتوں میں جواری علامات مفقود ہوتے ہیں لیکن ممکن ہے طویل المدت اصابتوں میں نخامی حفرہ چھوٹا ہو (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۰ ب)۔

فوق سرجی رسولیاں عموماً شحمیت اور تصبی کا مجموعہ پیدا کر دیتی ہیں، جو بچوں میں پایا جاتا ہے، اور جسے علامیۂ فرولک (Frohlich's syndrome)، یا زیر نامی شحمی تناسلی سوء تغذیہ (hypophyseal dystrophia adiposo-genitalis)

کہتے ہیں، جو قلیل نخامیت کے باعث ہوا کرتا ہے۔ چربی زیادہ تر شکم، سرینوں
جوارح کے قریبی حصوں میں نظر آتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا نتیجہ یہ ہو کہ قزمیت پیدا
ہو جائے۔ اعضائے تناسل صبیانی حالت میں رہ جاتے ہیں، اور جلد شاحب، پتلی، نرم،
اور چکنی ہوتی ہے۔ ناخن چھوٹے اور بے جلال اور انگلیاں گاؤدُم ہوتی ہیں۔ بردا
غیر مسدود رہ جاتے ہیں۔ ذہنی نمو عموماً طبعی ہوتا ہے۔ سریری تصویر جوان رسولیوں
کے باعث پیدا ہو جاتی ہے، اکثر غیر واضح ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ نحول، کثرت بول
اور قبل از وقت شیخوخت موجود ہو۔

بالغ اشخاص کا لون ترس غدی سلعہ ابتدائی درجہ ہی میں تناسلی وظائف کا
انخفاض پیدا کر دیتا ہے، جو اناث میں بے طمثیت سے ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ
جلدی تغیرات وہی دیکھے جائیں جو ابھی بیان کئے گئے ہیں، اور شحمیت اور بال
جھڑنے اور لونیت کا رجحان بھی ہوتا ہے۔ نیز ممکن ہے کہ نہاکت، غنودگی، بردشت
شکر کی زیادتی اور گھٹتے ہوئے نحول کے باعث تحت الحادیش اور بعض اصابتوں
کثرت بول بھی موجود ہو۔

مقدمی نخامیہ کا اساس پسند غدی سلعہ یعنی کشنگ
(Cushing) کا علا ئمیہ۔ اس علائمیہ کے مستقل علامات یہ ہیں۔ دردناک
شحمیت جو چہرہ، دھڑ اور گردن تک محدود ہو، گول شانے یا تسنم، صنفی وظیفہ
کا زوال، معہ بے طمثیت کے، عورت میں اور نوجوان مرد میں چہرے اور دھڑ
بالوں کی زیادتی، جلد کا کثیر اللون منظر، معہ قاتم خطوط ذبولی کے، عروقی
طنابی، کثرت خلیات احمر، درد پشت، درد شکم اور نہاکت۔ اختلاف پذیر علامات
یہ ہیں:۔ جوارح کی نیلگونی اور اذیما، کوفتگیوں کے مانند کدمات، مختلف جسمی علامات
جلد کی خشکی، تشنگی اور کثرت بول، کثیر الاشکال نواتی ابیض خلویت، شکر
تخلخل عظم اور خود رو کسور۔ امتحان لاشی پر ممکن ہے مزمن التہاب کلیہ کو
فوق الکلیات کی قشری بیش تکوین، مولدات کا ذبول موجود ہو، چنانچہ یہ علا
بدیہی طور پر ایک کثیر الغدی علائمیہ کی قائم مقام ہے، اور فوق الکلیہ قشرہ
کی اصابتوں میں یہ حقیقی طور پر پایا گیا ہے۔

بالغوں میں ممکن ہے کہ انتہائی فربہی کی اصابتیں نخامی مرض کے باعث ہی ہوں۔ وجعی شحمیت (adiposis dolorosa)، یا مرضِ ڈرکم (Dercum's disease) بھی غالباً نخامی مرض یا قلیل درقیت کے باعث ہوسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 501)۔ صرع بھی قلیل نخامیت سے وابستہ ہوتی ہے۔

تشخیص ۔ اس کا انحصار جواری اور غدی علامات کی شناخت پر ہوتا ہے، اور یہ عموماً مشکل نہیں ہوتی۔ تاہم درون سرجی اور فوق سرجی ضررات اور دور افتادہ درون جمجمی ضررات جو نخامی علامات پیدا کر دیتے ہیں، ان کے درمیان تمیز کرنا اہم امر ہے۔ غدی سلعہ اور فوق سرجی ذُوَیرہ کا سِن حدوث پہلے دو کو تمیز کرنے میں کار آمد ہوگا، اور اس کے علاوہ ان کا ممیز لاشعاعی مناظر اور متلف علاماتیات بھی ہیں۔ دُور افتادہ درون جمجمی ضررات، مثلاً ایک دماغی سلعہ بھی ممیز علامات پیش کریں گے۔

اِنذار ۔ یہ بُرا ہوتا ہے، کیونکہ رسولی عموماً ترقی کرتی جاتی ہے، اگرچہ سرج ترکی پر سے ازالہ الضغط کی عملیتی ہلاکت تقریباً ۴ فیصدی ہے (Cushing)۔

علاج ۔ قلیل نخامیت کی اصابتوں میں اگلا لختہ، جو غدۂ درقیہ کیساتھ مخلوط ہو، بصورت اقراص براہ دہن استعمال کرنے سے فائدہ حاصل ہوا ہے۔ پچوٹرین کو تحت الجلد دینا چاہیئے، کیونکہ غذائی قنال میں یہ تلف ہوجاتی ہے۔ علاج کی ترقی کا اندازہ برداشت شکر پر سے کیا جا سکتا ہے۔ عملیتی علاج پر دماغی سلعہ کے عنوان کے تحت غور کیا گیا ہے۔

ذیابیطس ملیح

(diabetes insipidus)

کثرتِ بول اسباب ذیل سے پیدا ہوسکتی ہے:۔ فتورات گردہ، خون کے دباؤ کی زیادتی، ذیابیطس شکری میں پیشاب کے اندر شکر کی موجودگی سے، شدید مرض ایڈیسن میں اور عارضی طور پر بعض عوارض دماغ، بالخصوص ہسٹیریا اور شقیقہ (mig' III) میں۔ ذیابیطس ملیح ایک دائمی کثرت بول ہے جو متذکرہ بالا حالتوں میں

کسی حالت سے منسوب نہیں کیا جاسکتا۔

امراضیات۔ ذیابیطس ملیخ غدۂ نخامیہ (غالباً اُس کے پچھلے لختے) کے تضرر یا مرض کے باعث ہوسکتا ہے۔ پچوٹرین (ضاغط العروق) کے تحت الجلدی وریدی اشرابات اس مرض کا نوعی علاج ہیں، اور اُن سے پیشاب کی مقدار فی الفور گھٹ کر طبعی حجم پر آجاتی ہے اور مریضوں کو اُن کے علامات سے کامل آرام ہوجاتا ہے۔ موزفیلڈ (Motzfeld) نے بتلایا ہے کہ غیر عدیم الحس حیوان میں پیشاب کا حجم گھٹ جاتا ہے، اور یہ تقلیل حجم اُس وقت اور بھی زیادہ نمایاں ہوتی ہے جب کہ معدے کو پہلے سے پانی سے بھر کر مصنوعی کثرت بول پیدا کرلی گئی ہو۔ اگر حشوی یا کلوی اعصاب کاٹ دیئے جائیں تو اس دوا کا فعل رُک جاتا ہے۔ غالباً اس خلاصہ کا فعل محض حشوی عروقی تضیق کی وجہ سے نہیں بلکہ اس سے کچھ زیادہ پر منحصر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اُس کی موجودگی انیبیبات کے سرے پر پانی کے مکرر انجذاب کے لئے ضروری ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 518) دماغ کے زیر عرشی خطے کے تضرر سے بھی ملیخ ذیابیطس ہوسکتا ہے، اور اس کی وجہ ممکن ہے کہ یہ ہو کہ پچوٹرین کا طبعی سیلان مسدود ہوگیا ہو۔

مرضی تشریح۔ سرج ترکی کی شعاع نگار شعوں سے عموماً کوئی کلاقی نہیں ظاہر ہوتی۔ غدہ نخامیہ کے یا اُس کے قرب وجوار کے مختلف ضررات بیان کئے گئے ہیں؛ کھوپری کے قاعدے کے کسور، دماغی سلعۂ آتشکی یا قاعدی التہاب سحایا (basal meningitis)، قمع کا تجبّن۔ ایک عجیب وغریب اصابت میں پایا گیا کہ ایک گولی (bullet) پچھلے لختے کو دبا رہی تھی۔ پارکس ویبر (Parkes Weber) نے اس چیز کا تذکرہ کیا ہے جسے وہ غدے کے پچھلے لختے کی دردنی دررریزش خیال کرتا ہے۔

ممکن ہے کہ مثانہ کا اتساع اور بیش پرورش، حالبین کا اتساع اور گردوں کی کلانی دیکھنے میں آئے اور یہ حالتیں پیشاب کی مقدار کثیر کے طویل المدت دوام سے منسوب کی جاسکتی ہیں۔

علامات۔ یہ یا تو غیر محسوس طور پر یا یکایک شروع ہوجاتے ہیں۔ نمایاں

علامات یہ ہیں کہ پیشاب کی نہایت بڑی مقداریں خارج ہوتی ہیں اور پیاس بہت زیادہ لگتی ہے جس کی وجہ سے مریض خارج شدہ پانی کے نقصان کی تلافی کرلیتا ہے۔ ممکن ہے کہ پیشاب کی مقدار چوبیس گھنٹے میں ۱۵، ۲۰، بلکہ ۴۰ پائنٹ تک پہنچ جائے۔ پیشاب نہایت پھیکے یا ہلکے رنگ کا، تقریباً پانی کی طرح ہوتا ہے، اسکی کثافت نوعی ۱۰۰۲ سے ۱۰۰۵ تک، اور تعامل خفیف سا ترشئی ہوتا ہے۔ اس میں ٹھوس اجزا کی فی صدی مقدار تھوڑی ہوتی ہے۔ کبھی کبھی شکر بولیت ہوتی ہے، یا ریقی غدد کا افراز زیادہ ہوجاتا ہے۔ منھ، زبان اور جلد خشک ہوتی ہیں، اور امعا میں قبض ہوتا ہے۔ لیکن اس سے قطع نظر ممکن ہے کہ مریض خوش باش ہو اور نہایت اچھی صحت رکھتا ہو، اور وہ ذیابیطس کو بجائے ایک مرض سمجھنے کے ایک وجہ پریشانی سمجھتا ہو۔ ممکن ہے کہ نخامی مرض کے علامات بھی موجود ہوں۔

خود بخود پیدا ہونے والی یا خوردو اصابتیں علاج نہ کرنے کی صورت میں ممکن ہے برسوں جاری رہیں۔ اگر دوسری بیماریاں مداخل ہوکر ہلاکت نہ پیدا کردیں، تو یہ اصابتیں شاذ ہی مہلک ہوتی ہیں۔ کبھی کبھی شکر بولیت طاری ہوکر اس حالت کو ذیابیطس شکری بنادیتی ہے۔

تشخیص۔ پھیکے رنگ اور پست کثافت نوعی والے پیشاب کی مقدار کثیر، جس میں غیر طبعی اجزا موجود نہ ہوں، اور اس کے ساتھ تشنگی کی موجودگی ممیز علامات ہیں۔ لیکن کثرت بول کے دیگر اقسام، مثلاً وہ جو مرضِ برائٹ اور ہسٹیریا میں ہوتے ہیں، خارج از بحث کردینے چاہئیں۔ اول الذکر میں عموماً کسی نہ کسی وقت البیومن کی خفیف مقدار ممیز طور پر موجود ہوتی ہے، پیشاب کی مقدار چنداں زیادہ نہیں ہوتی، اور دوسری دلالتیں موجود ہوتی ہیں، جیسے کہ بلند شریانی تناؤ اور قلبی بیشی پرورش۔ ہسٹیریا میں کثرت بول محض عارضی ہوتی ہے۔

علاج یہ ہے کہ خلاصۂ نخامیہ کا تحت الجلد استعمال کیا جائے۔ ابتداءً اس کے ایک مکعب سینٹی میٹر (۱۵ قطروں) کا اشراب دن میں دو بار کیا جاتا ہے۔ پھر اس امر کی سعی کی جاتی ہے کہ حتی الامکان کم اشرابات سے پیشاب کے حجم پر قبضہ حاصل کیا جائے۔ بدقسمتی سے دہن کی راہ سے علاج بے سود ہوتا ہے کیونکہ جوہر

فعّال (پیچوٹرین) قنال غذائی میں تلف ہو جاتا ہے ۔ لیکن یہ دوا دروں انفی رشاش (intranasal spray) کے ذریعہ دی گئی ہے، یا ایک انفی جیلی (jelly) کے ذریعہ کہ جس میں پیٹ رسین (pitressin) ہو یا سب سے بہتر خشک کردہ نخامیہ کے ذریعہ جو ناک میں "نخامی ناس" ("pituitary snuff") کے طور پر نفوخ کیا جائے ۔ بعض اصابتیں پیٹ رسین سے علاج پذیر نہیں ہوتیں ۔

آتشکی اصابتوں میں دافع آتشک علاج (جو ملاحظہ ہو) کی ضرورت ہے ۔ جلی دماغی مرض (مثلاً رسولی وغیرہ) میں قدرتاً عملیہ کا سوال پیدا ہوگا ۔ چند اصابتوں میں قطنی پچوکے سے تخفیف ہوئی ہے، جس سے پتہ چلتا ہے کہ فاسد دماغ پر مصلی التہاب سحایا (serous meningitis) اس مرض کا اصلی سبب تھا (32)۔

غدۂ صنوبریہ

(PINEAL GLAND)

جسم صنوبری (برنامیۂ دماغی یا مخروطیہ epiphysis cerebri or conarium =) ایک غدی عضو ہے، جس کا وزن تقریباً ⅓ گرین ہوتا ہے ۔ یہ سہ حلمیہ آسا خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے جو ڈھیلی وضع رکھنے والی جھلکوں میں ہوتے ہیں اور جن کے درمیان دموی جوف ہوتے ہیں ۔ معلوم ہوتا ہے کہ تیموسیہ کی طرح اس کی خاص منفعت ابتدائی زندگی میں ہے، اور بعد میں اس میں کسیقدر حکش واقع ہو جاتا ہے ۔

وہ ضررات جن کا اندراج کیا گیا ہے یہ ہیں :— بیش پرورش اور ذبول سلعات، دُوپرے اور پھوڑے، نزف اور آتشک ۔

سلعہ کی اصابتوں میں جن میں تحول کے ایسے تغیرات ظاہر ہو چکے تھے جن سے باطنی افراز کا اختلال ظاہر ہوتا تھا موضوع گیارہ سال تک کی عمر والے بچے تھے، اور تغیرات حسب ذیل تھے (اگرچہ مختلف اصابتوں میں یہ مختلف درجہ کے تھے) :— ذہنی تبادر، جسم کی غیر معمولی طور پر سریع بالیدگی، قضیب اور خصیتین کی

کلانی، موئے زہار کی تبادر بالیدگی، اور بعض اوقات شحمیت۔ ان کے ساتھ ساتھ بعض اوقات دروں جمجی سلعہ کی علامتیں بھی موجود تھیں، اور مختلف اصابتوں میں جو سلعات موجود تھے وہ یہ تھے:۔ لحمی سلعہ، دَوِیری رَملی لحمی سلعہ (cystic psammo-sarcoma)، سریشی سلعہ (glioma) یا سخطتی سلعہ (teratoma)۔

تناسلی غدد

(GONADS)

خصیہ اور مبیض کے امراضیاتی تغیرات کا منظم بیان جراحی اور علم امراض النسائی نصابی کتابوں میں پایا جائے گا۔ یہاں تناسلی غدد پر محض اُن کے دروں افرازی وظیفہ کے نقطۂ نظر سے غور کیا جائے گا۔

زنانہ صنفی اعضا۔ حیضی دور کی ابتدا میں، نزف موقوف ہوجانے کے بعد رحم کی غشاء مخاطی واحد تہ کی بنی ہوتی ہے، یعنی قاعدی غشاء مخاطی کی۔ اس دور کے اول نصف میں یہ متکاثر ہوتی ہے اور ایک ہارمون کے اثر کے تحت دبیز ہوجاتی ہے، جو کہ ایسٹرن (œstrin) یا جرابی ہارمون یا فالکولین (folliculin) کہلاتا ہے۔ یہ زنانہ صنفی ہارمون، جو کہ ثانوی صنفی خصائص کا سبب ہے، گرافیائی جراب میں پیدا ہوتا ہے، جو کہ اسی عرصہ میں بالیدگی حاصل کرکے پختہ ہوجاتی ہے۔ جب گرافیائی جراب کے پھٹنے سے بیضہ آزاد ہوجاتا ہے، تو جسم اصفر ظہور میں آتا ہے اور یہ ایک دوسرا حیضی ہارمون پیدا کرتا ہے جسکو پروجسٹین (progestin) کہتے ہیں۔ پروجسٹین رحمی مخاطیہ کی غدی فعالیت کو زیادہ کرتا اور غدد کو ملتف بنا دیتا ہے (یہ افرازی ہیئت ہے) جس کا مقصد بارور شدہ بیضہ کی وصولی کیلئے تیاری ہے۔ اگر استقرار حمل نہ ہو، تو غشاء مخاطی ٹوٹ پھوٹ جاتی ہے، اور رحم سے نزف کے ہمراہ خارج ہوجاتی ہے، اور اس طرح حیضی دور کا خاتمہ ہوجاتا ہے۔

499

آختہ ماداؤں میں حیضی دور اس طرح شروع کیا جا سکتا ہے کہ ڈائی آکسی ایسٹرن (۲۵۰۰۰،۰۰۰ یونٹ) ۵ خوراکوں میں، ۲۰ دنوں میں سے پہلے چوتھے، ساتویں

گیارھویں اور چودھویں دن دیا جائے، اور اس کے بعد پروجسٹین (۵ خرگوشی یونٹ) دیا جائے، یعنی ہر روز ایک خرگوشی یونٹ، سترھویں روز سے شروع کریں (42)۔ چنانچہ اس طریقہ سے اس بے طمثیت کا علاج کیا جا سکتا ہے جو کہ صنفی اعضا کے ... باعث ہو۔ اگر حد سے زیادہ ایسٹرن جسم میں پایا جائے یا کھلایا جائے تو گراف ... جراب کی بالیدگی جاری رہتی ہے اور وہ پھٹنے نہیں پاتی اور غشاء مخاطی کی بالیدگی بھی جاری رہتی ہے اور وہ دو ہیری ہو جاتی ہے اور آخرکار ٹوٹ پھوٹ کا شکار ہو کر نزف پیدا کرتی ہے۔ چونکہ جسم اصفر نہیں بننے پاتا، اس لئے افرازی درجہ پیدا کرنے کے لئے کوئی پروجسٹین موجود نہیں ہوتا، لہٰذا اس کو نزف کے درجہ میں بذریعہ اشراب دینا چاہیئے۔ بسا اوقات بالکل چھوٹی خوراکیں درکار ہوتی ہیں تاہم تین سے دس خرگوشی یونٹ ۵ دنوں پر پھیلی ہوئی، اگرچہ ۶۰ تا ۸۰ یونٹ کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ ایسٹرن دوسرے صنفی اعضا میں بھی تغیرات پیدا کرتا ہے، مثلاً جفتی کو نہ بنانے کے لئے مہبل میں (چوہے اور موش میں سہ حلمہ کا تقرن)۔ یہ امر باعث حیرت ہے کہ قدرتی طور پر پائے جانے والے ایسٹرن کا سب سے زیادہ کثیر المقدار منبع سانڈ کا پیشاب ہے، اور سب سے زیادہ فعال مرکب دو ہائڈروجن جو ہروں کو ایسٹرن سالمہ میں ملانے سے حاصل ہوتا ہے، جو کہ ایک سٹرال (sterol) سے ... کیمیاوی طور پر کولسٹرال (cholestrol) اور کیلسیفرال (calciferol) (حیاتین د) کے ساتھ ملتا جلتا ہے، نیز نہایت ہی فعال سرطان آفریں مادہ کے ساتھ جو اب تک تیار کیا گیا ہے۔ مزید برآں متعدد مختلف لیکن قریبی طور پر متماثل مادے ایسے ہیں جو کہ مختلف درجہ کے شبق آفریں خواص رکھتے ہیں، اور ایک مادہ ایسا ... جس کا اشراب کرنے پر شبق اور جس کی تصبیغ جلد پر کرنے پر سرطان پیدا ہوتا ہے (43)۔ مبیض کے نمو پذیر اور اس سب کچھ پر جو کہ اس سے بطور نتیجہ کے ظہور میں آتا ہے نخامیہ کا مقدم لخت ایک ہارمون کے ذریعہ اقتدار رکھتا ہے جس کا ابھی تک کوئی نام نہیں رکھا گیا، لیکن جو تھوڑی مقداروں میں گرافیائی جراب کا نمو اور ایسٹرن کا افراز واقع کرتا ہے، اور بڑی مقداروں میں جسم اصفر کا کامل نمو واقع کرتا ہے جس سے پروجسٹین کا افراز ہوتا ہے۔ حمل کے دوران میں خون اور پیشاب ...

ایک قریبی طور پر مماثل مادہ پایا جاتا ہے، جو کہ غالباً مشیمہ سے پیدا ہوتا ہے اور پرولان (prolan) کہلاتا ہے۔ اس واقعہ کو پہلے پہل اشیئم (Ascheim) اور زنڈک (Zondek) نے حمل کے کاشفہ کے طور پر استعمال کیا، کیونکہ پرولان پر مشتمل پیشاب کا اشراب حیوانات میں کرنے سے مبیضین میں بعض تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں جو کہ شناخت کئے جا سکتے ہیں (44)۔

مردانہ صنفی اعضا۔ خصیوں کا استیصال معین اعضا، حویصلات منوی، قدامیہ، کوپر (Cowper) کے غدد اور قضیب کا عدم نمو یا ذبول پیدا کرتا ہے۔ خصیوں کا یہ اثر مردانہ صنفی ہارمون کی وجہ سے ہے جو کہ خصیہ کے زخلی خلیات میں تیار ہوتا ہے۔ مبیض کی طرح، خصیہ کا نمو بھی مقدم نخامی لختہ ہارمونی اقتدار کے تحت ہے۔ یہ مہیج مولد جوہر، جو کہ حمل کے دوران میں پیشاب میں موجود ہوتا ہے، غیر نازل خصیہ کا علاج کرنے میں کارآمد ہے، چنانچہ ۵ ہزار یونٹ کا اشراب، "پریگنل" ("pregnyl") کی صورت میں، ہفتے میں دو بار دیا جاتا ہے (45)۔

اختصاء (eunuchism)۔ اس کے علامات کا انحصار اس امر پر ہے کہ آیا اخصا بلوغ سے پہلے یا بلوغ کے بعد کیا گیا ہے۔ اول الذکر حالت میں قضیب، غدہ قدامیہ، حویصلات منویہ چھوٹے رہ جاتے ہیں، اور ان موضوعوں میں شہوت یا قابلیت جماع نہیں پیدا ہوتی۔ اگر اخصا کا عملیہ بلوغ کے بعد کیا گیا ہے، تو قضیب کا زیادہ ذبول ہونا ضروری نہیں، لیکن غدہ قدامیہ نسبتہً چھوٹا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ شہوت بلکہ قابلیت جماع بھی کم از کم کچھ عرصہ تک باقی رہے۔ غدہ قدامیہ کا افراز مقذوف ہوتا ہے۔ نفسی لحاظ سے، مرد کی طبعی ہجومیت غایب ہو جاتی ہے، لیکن یہ ممکن ہے کہ خصی افراد میں بڑی عقلی قوتیں اور فنون لطیفہ کی قابلیت موجود ہو۔ جسمانی لحاظ سے وہ یا تو (۱) دراز قامت اور دبلے پتلے ہوتے ہیں اور اُن کے ہاتھ لمبے لمبے ہوتے ہیں، یا (۲) وہ پستہ قد اور موٹے ہوتے ہیں، اور اُن کی چربی کی توزیع زیر نامی تناسلی سوء تغذیہ (hypophyseal dystrophia genitalis) سے مماثل ہوتی ہے۔ دونوں طرز کے اشخاص میں حوض چوڑا، اور جلد کا رنگ شاحب رہتا ہے۔ پپوٹوں کے جانبی نصف حصے گرے ہوئے ہوتے ہیں، جس سے غنودگی کا

500

منظر پیدا ہوتا ہے' اور عموماً بالوں کی بالیدگی کم ہوتی ہے۔ عورت میں وہ ماہ
حیض برآری سے قبل از وقت ایاس پیدا ہو کر فربہی' سرخ تمتماہٹ تنفسی
اور عصبی اختلالات واقع ہو جاتے ہیں۔ عصبی نہاکت اور نفسی نہاکتی یا داء النفسی علامات
ظاہر ہو سکتے ہیں۔

خصیانی (eunuchoidism)۔ اس اصطلاح کا اطلاق اُن حالتوں پر
کیا جاتا ہے جو مرض کی وجہ سے تناسلی غدد کے ضایع ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔
یہ غیر نازل خصیتین (اخفاء الخصیتین = cryptorchidism) رکھنے والے مریضوں
میں غیر عام نہیں۔ اختصاء کی طرح ممکن ہے کہ یہ حالت بھی بلوغ کے وقت دیکھی جائے
(عاجل خصیانی = early eunuchoidism) یا نسبتہً بعد میں فعال تناسلی زندگی
کے طبعی عرصہ کے دوران میں (آجل خصیانی = late eunuchoidism)۔ اختصاء کی
طرح اس حالت میں بھی مریض دراز قامت یا کوتاہ قامت اور موٹے ہو سکتے ہیں
ذہنی لحاظ سے وہ خاموش اور ساکت ہوتے ہیں اور اُن میں شہوت اور قابلیت
جماع کے اختلالات موجود ہوتے ہیں۔ جلد شاحب ہوتی ہے اور بعض اوقات
اُس میں کثیر التعداد چھوٹی چھوٹی جھریاں ہوتی ہیں۔ دہن سے تشعع کرنے والی
خطی جھریوں کی وجہ سے یہ مریض قبل از وقت بوڑھے نظر آتے ہیں۔ عورتیں خصیانی
دراز قامت ہوتی ہیں' اور اُن کے شکم کے زیریں حصے' جبل الزہرہ' سُرینوں' اور
رانوں کی بیرونی جانبوں اور پستانوں پر چربی کا جماؤ ہو جاتا ہے۔ رحم اور مہبل
زیر تکوینی ہو جاتے ہیں۔

بیش تناسلیت (hypogenitalism)- اور **قلیل تناسلیت**
(hypergenitalism)- اختصاء اور خصیانی کی اصطلاحیں صرف اُن نتائج کے لیے
محفوظ و مخصوص ہیں جو تناسلی غدد کے اولی مرض یا اُن کی غیر موجودگی سے پیدا ہو جاتے
ہیں' لیکن تناسلی غدد کی معمول سے زائد یا معمول سے کم فعالیت دوسرے بے قناتی
غدد کے مرض سے ثانوی طور پر بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ چنانچہ خصیہ یا مبیض کی رسولیوں
سے' مبیض کی بیش وظیفگی سے' یا فوق الکلیہ قشرہ یا جسم صنوبری کی رسولیوں سے
بیش تناسلیت پیدا ہو سکتی ہے' جو کہ تبادر یا پیش از وقت بلوغ کا باعث ہوتی ہے۔

سی طرح آجل بلوغ، جو دونوں صنفوں میں اس قدر عام طور پر پایا جاتا ہے، ممکن ہے اولی طور پر تناسلی غدد کے قلیل وظیفہ کے باعث ہو، یا ممکن ہے کہ وہ تناسلی غدد پر دوسرے اعضا کے عمل کی وجہ سے پیدا ہو جائے۔

مختلف علائمیات

(VARIED SYNDROMES)

فربہی

(obesity)

فربہی، موٹاپا، یا زیادہ موٹا ہونا ایک ایسی حالت ہے، جو مرض کی حد تک پہنچ سکتی ہے اور بعض اوقات علاج کی مقتضی ہوتی ہے۔ لیکن اکثر یہ کہنا مشکل ہوتا ہے کہ چربی کے طبعی جماؤ کی حد کہاں ختم اور فربہی کہاں سے شروع ہوتی ہے۔ لہذا ان دونوں حالتوں کی بحث ایک ساتھ کرنا چاہئے۔

بحث اسباب۔ انسانی نسلوں میں فربہی کے رجحان میں کچھ اختلافات نظر آتے ہیں۔ اس کے وقوع میں وراثت کا حصہ ضرور ہوتا ہے۔ زندگی کے بعض زمانے ایسے ہیں جن میں چربی کے اجتماع کا زیادہ امکان ہوا کرتا ہے۔ وہ زمانے یہ ہیں :- عالم شیرخواری، بلوغ، عورتوں میں دوران حمل میں اور سن یاس کے آغاز میں، اور مردوں میں ادھیڑ عمر کے زمانہ میں۔ بحیثیت مجموعی عورتیں مردوں کے نسبت فربہ ہونے کا رجحان زیادہ رکھتی ہیں۔

امراضیات۔ طبعی شخص میں جس کے جسم کا وزن مستقل رہتا ہے ضروری ہے کہ وہ توانائی جو غذا کے صرف سے حاصل ہوتی ہے، اس توانائی کی تلافی کرے جو حرارت اور بیرونی عضلی محنت کی شکل میں برآمد ہوتی ہے۔ اگر وہ شخص دفعتہً اپنے عادات بدل کر نسبتہً زیادہ قعودی زندگی اختیار کرلے تو توانائی کی برآمد کم ہو جائے گی لہذا نسبتہً کم غذا کی تکسید ہوگی، اور زائد از ضرورت غذا کا جسم کے اندر چربی کے طور پر

جماؤ ہو جائے گا۔ شحوم اور کاربوہائڈریٹیں، دونوں اس طریقہ سے بآسانی مذخور ہو جاتی ہیں۔ لیکن پروٹین کے ترکیبی اجزا کی تکسید زیادہ آسانی کے ساتھ ہو کر ان سے حرارت کی برآمد زیادہ ہو جاتی ہے۔ اسی کو بعض اوقات پروٹین کا نوعی حرکی فعل (specific dynamic action) کہتے ہیں۔ اسی واسطے فربہی کی بہت سی اصابتوں کے اہم عوامل جسمانی عدم فعالیت اور بسیار خوری ہیں۔

لیکن وافر فربہی کی ایسی اصابتیں بھی ہیں جن کی توجیہ کما حقہٗ اس طریقہ سے نہیں کی جا سکتی۔ تندرست آدمیوں میں بہت سے نہایت فربہ اشخاص بھی نسبتہً بہت کم کھاتے ہیں اور اس کے برعکس بہت سے بسیار خور اشخاص بھی مستقلاً دُبلے پتلے ہوتے ہیں۔

ان خصائص ذاتی کی توجیہ انفرادی خصوصی شرح تکسید سے کی جا سکتی ہے اور ان کا مقابلہ اساسی تحول (ملاحظہ ہو صفحہ 459) کی تخمین سے کیا جا سکتا ہے۔ 501
قلیل درقیت یا مخاطی اُذیما میں اساسی تحول کم ہو جاتا ہے اور یہ مریض فربہ ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں، اگرچہ مثالی مخاطی اُذیمائی مریض فربہ نہیں ہوتے۔ غدہ نخامیہ کے مرض میں جس میں قلیل نخامیت کا ظہور ہو، اساس پند غدی سلعہ یا فوق الکلیہ کیسوں کے بیش کلوی سلعہ (hypernephroma) میں، غدۂ صنوبریہ کے امراض میں، اور دماغی سلعہ کی بعض اصابتوں میں، اور آختہ گری کے عقب میں شحمیت واقع ہو سکتی ہے۔ ان میں سے بہت اصابتوں میں، بشرطیکہ حقیقی وزن جسم کا لحاظ کیا جائے، اساسی تحول طبعی حدود کے اندر پایا گیا ہے۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ ان میں حرارت آفریں بافتیں (عضلات اور غدد) طبعی سے زیادہ محنت اٹھا رہی ہیں (جو کہ بیش درقیت کی طرف اشارہ ہے)، کیونکہ شحمی بافت جو کہ زائد وزن کا سبب ہے اس کا اساسی تحول نہایت ہی پست ہے (46)۔ شائد تحول کی وہ زیادتی جو غذا لینے کے بعد پیدا ہو جاتی ہے طبعی درجہ سے کم ہے، اور اسی سے فربہی کی توجیہ ہو جائے گی (4)۔

اس امر کی تائید میں کچھ شہادت موجود ہے کہ فربہی، انسولین کی وافر پیدائش کے باعث ہوتی ہے، جو کہ کاربوہائڈریٹ کو شحم میں متغیر کر دیتی ہے۔ چنانچہ

لینگر ہانس کے جزیرے بڑھے ہوئے پائے گئے ہیں۔ شکری برداشت زیادہ ہوتی ہے، جیسا کہ شکر دینے کے بعد دموی شکر کے منحنی سے ظاہر ہوتا ہے۔ ذیابیطس کے رجحان کی یہ توجیہ ہو سکتی ہے کہ جزیروں کا زائد فعال وظیفہ کئی سال تک جاری رہنے کے بعد تھکاوٹ سے متاثر ہو جاتا ہے۔

وہ حالتیں جو کہ فربہی کے ہمراہ پائی جاتی ہیں۔ نہایت فربہ اشخاص کو کئی بے آرامیاں یا دقتیں پیش آتی ہیں، اگرچہ ان کی وسعت کا انحصار بیشتر زندگی کے اس زمانہ پر ہوتا ہے جس میں فربہی لاحق ہو گئی ہو۔ اگر فربہی اوائل عمر میں سے ہے تو ممکن ہے کہ عضلی نظام بھی نمو یافتہ ہو جائے تاکہ بڑھے ہوئے زائد وزن سے متناظر ہو جائے۔ چنانچہ قدیم زمانہ کے کشتی پہلوان بھی ہمارے اپنے زمانہ کے لڑینت پہلوانوں کی طرح اکثر فربہ ہوتے تھے۔ لیکن بسا اوقات نہایت فربہ اشخاص زیادہ محنت یا ریاضت کے ناقابل ہوتے ہیں، ان کی سانس پھول جاتی ہے، اور ان میں اختلاج پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ کیونکہ اکثر اوقات قلب میں شحمی بیشی بالیدگی موجود ہوتی ہے۔ زائد پیدائش حرارت کا لازمی نتیجہ یہ ہے کہ خون کا سیلان بڑھ جانے کی وجہ سے قلب کا کام زائد ہو جائے، اور اس سے قلبی عدم کفایت کی ان علامات کی توجیہ ہوتی ہے جو کہ اس قدر عام ہیں۔ فربہی کے ہمراہ

شکل ۶۰۔ ڈاکٹر آے۔ جی گلس کا مریض جس کو وجہی شحمیت کی شکایت تھی۔

پائی جانے والی حالتوں میں سے نقرس (gout) کا تذکرہ بالخصوص کرنا چاہیے کہ
غذا کی زیادتی سے اس کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ فربہی ذیابیطس شکری کی استعداد
بھی پیدا کر دیتی ہے۔

وجعی شحمیت (adiposis dolorosa) (مرض ڈرکم Dercum's
disease)۔ اس مرض میں ورقیہ اور نخامیہ کے اندر امراضیاتی تغیرات پائے جاتے
ہیں، اور ماؤف حصوں میں التہاب عصب ہوتا ہے۔ یہ مرض دو شکلوں میں ہوتا
ہے:۔ (الف) منتشر شحم سلعیت (diffuse lipomatosis)، جو یا تو
سوائے ہاتھوں اور پاؤں کے سارے جسم کو ماؤف کر دیتی ہے یا ایک خاص
حصے میں کم و بیش محدود المقام ہوتی ہے، اگرچہ اس حالت میں یہ جسم پر متشاکل
طور پر پائی جاتی ہے۔ ایک مثال درج کی جاتی ہے (شکل ۶۰)۔ یہ مریضہ ایک
پنجاہ سالہ عورت تھی، جس کا وزن ۲۰ اسٹون (20 stones) تھا۔ چہرے کی ادائی
تصویر میں خوب دکھلائی گئی ہے۔ امتحان بعد الممات میں ورقیہ چھوٹا اور لیفی تھا مگر
نخامیہ تندرست تھا۔ (ب) شحمی گرہلوں (fatty nodules) کی شکل
میں۔ یہ بھی متشاکل ترتیب میں ہوتی ہیں۔ شحمی مطروحات دردناک ہوتے ہیں، بالخصوص
دبانے پر، اور یہ مریض اکثر منہوک اور بعض اوقات ضعیف العقل بھی ہوتے ہیں۔

502

مترقی شحمی سوء تغذیہ (lipodystrophia progressiva)۔ یہ
غیر معلوم سبب رکھنے والا ایک شاذ مرض ہے، جس میں زیر جلدی شحم کا متشاکل نقصان
ہوتا ہے، جو بالعموم چہرے میں شروع ہو کر نیچے کی طرف پھیلتا ہے، لیکن اکثر اوقات
جسم کے بالائی حصے تک محدود ہوتا ہے۔ یہ مرض کئی سال تک جاری رہتا ہے،
اور ممکن ہے بچپن میں شروع ہو (58)۔

علاج: مریض کو شحم یا اس پر مشتمل غذاؤں کو بہت کم کر دینا چاہیے یا بالکل ان سے
پرہیز کرنا چاہیے۔ مگر دبلا گوشت، شکار، مرغی وغیرہ پالتو پرندے، مچھلی، سبز ترکاریاں
ٹماٹر اور تازہ پھل کھائے جا سکتے ہیں۔ اسی نوعیت کی پروٹین غذا جس میں پست
کاربوہائیڈریٹ ہو اور جو بلا شحم کے ہو بینٹنگ کے علاج (Banting's treatment) یا
سالسبری علاج (Salisbury treatment) کا اصول ہے۔ نہایت فربہ مریضوں میں

زیادہ سخت تدابیر کی ضرورت ہوگی۔ وقفوں کے ساتھ فاقہ کشی کے دن تجویز کردیے جائیں اور مریض صرف فہرست ب میں درج کی ہوئی سبزیاں (ملاحظہ ہو صفحہ 474) اور تازہ پھل کھائے، اور اس کے ساتھ محض اتنی ہی جیلی (۲ یا ۳ اونس) لے کہ جس پروٹین کے روزانہ نقصان کی تلافی ہو جائے۔ اگار آگار سے تیار کی ہوئی جیلی، جو قنال غذائی میں جذب نہیں ہوتی، مفید ہے۔ ایسی غذاؤں میں یہ فائدہ ہوتا ہے کہ اس کی حراری قیمت پست ہوتی ہے اور ساتھ ہی یہ غذا خاصہ حجم رکھتی ہے جس کی وجہ سے خلوئے معدہ کا احساس نہیں ہوتا۔ بارلے شکر (barley sugar) جب چوسی جائے تو بھوک کے احساسات کو تسکین دینے کے لئے مفید ہے۔ اس سے کم شدید علاج میں، ڈبل روٹی یا توس (toast)، نشاستہ دار بسکٹ، اور آلو اور پنیر جو بالائی اترے ہوئے دودھ سے بنایا ہوا ہو، یا ڈچ (Dutch) یا کاٹیج (cottage) پنیر کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ اگر مریض کو لیٹا رہنا پڑے، مثلاً التہاب مفاصل میں، تو حراروں کو کم کر دینا چاہیے یعنی ۸۰۰ روزانہ عضلی قلبی مرض میں پست حراری غذا دینی چاہیے، لیکن گلوکوس تجویز کر دینا چاہیے، ایک اونس چار چار گھنٹے سے۔ پست شحم والی غذا کے ہمراہ کافی ا اور د حیاتینیں تجویز کرنی چاہئیں، مثلاً ریڈیوسٹولیم (radiostoleum) ایک کیسہ روزانہ۔ الکحلی مشروبات سے پرہیز بہتر ہے۔ لیکن اگر مریض طلب کرے تو کوئی خشک ہلکی انگوری شراب، یا وسکی کی تھوڑی مقدار، جس کی ترقیق خوب کرلی جائے، بہتر بن ہے۔ بیر سے، جس میں زیادہ مالٹوس موجود ہو، احتراز لازم ہے۔

چربی کی وجہ سے بڑھے ہوئے وزن کو گھٹانے کے لئے ورزش بہت مفید ہوتی ہے۔ یہ امر کہ کونسی ورزش کا انتخاب کیا جائے مریض کی عمر اور عضلی قوت پر منحصر ہوتا ہے۔ پیدل چلنا اور منظم طور پر پہاڑ چڑھنا مفید ہیں، کیونکہ کام کی مقدار کو درجہ وار کیا جاسکتا ہے۔ نہایت فربہ اشخاص کو ورزش پر راغب کرنا اکثر دشوار ہوتا ہے، بالخصوص جب کہ درد بھی موجود ہو، جیسے کہ وجعی شحمیت میں۔ ایسی صورت میں برگونی علاج (Bergonie treatment) مفید ہوسکتا ہے۔ اس میں دھڑ اور جوارح کے عضلات میں توازن کے ساتھ منقطع کردہ فرادی رو کے تہیج سے بلادرد انقباضات

پیدا کیے جاتے ہیں۔ یہ اتنا کارگر نہیں ہوتا جتنا کہ ارادی عضلی کام لیکن کچھ نہ ہونے سے تو یہی بہتر ہے۔ تحت الحار غسل مفید ہوتے ہیں کیونکہ ان سے تحول زیادتی ہوتی ہے۔ ایسے غسل کی مدت ایک گھنٹے تک ہو سکتی ہے اور تپش اتنی کم ہو جتنی کہ مریض برداشت کر سکے (شاید ۸۰ درجہ فارن ہائٹ)۔

شاٹ (Schott) اور دوسروں نے نوہیم (Nauheim) میں جس علاج کی ابتدا کی ہے اور جو مختلف برطانوی معدنی چشموں (spas) پر بہم پہنچایا جاتا ہے، اس وقت موزوں ہے جب کہ فربہی کے ہمراہ واضح قلبی علامات پائے جائیں۔ اور وہ کچھ تو ملحی مغسلات میں اغراق ہے اور کچھ بازوؤں، دھڑ اور ٹانگوں کے عضلات کی منظم حرکات ہیں جو کہ ایک نگران کار آہستہ آہستہ اور مزاحمت کے خلاف کرواتا ہے اس طرح کہ حرکات کے درمیان آرام کے وقفے ہوتے ہیں۔ نوہیم کے مختلف چشموں کی تپش ۹۰° - ۹۵° ف تک ہوتی ہے اور ان میں کاربن ڈائی آکسائڈ (carbon dioxide)، ملحات کے علاوہ موجود ہوتی ہے جن میں سب سے زیادہ افراط کے ساتھ سوڈیم کلورائڈ اور کیلسیم کلورائڈ اور بائی کاربونیٹ ہوتے ہیں۔ ان اجزا اور کاربن ڈائی آکسائڈ کے باریک بلبلوں کے جلد پر مہیج عمل کی طرف ایک اہم اثر منسوب کیا جاتا ہے۔

درقیہ کو تھائرائڈیم (thyroideum) (گرین ۱ - ۵) کے طور پر صرف اس وقت تجویز کرنا چاہیئے جب کہ یہ باور کرنے کی کافی وجہ ہو کہ قلیل درقیت موجود ہے۔ لیکن جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، بہت سی اصابتوں میں تحول طبعی سے زیادہ فعال ہوتا ہے۔ تاہم درقیہ ادرار البول پیدا کر کے بھی تاثیر کرتا ہے، اور یہ امر یاد رکھنا چاہیے کہ سیال کا احتباس زیادتی وزن کا ایک سبب ہے۔

تصبی

(infantilism)

تصبی سے مراد طفلی یا بچپن کے خصائص کا معمول کے نسبت زیادہ طویل عرصہ تک باقی رہنا، یا نمو کا غیر طبعی طور پر سست ہونا ہے۔ یہ ضرور نہیں کہ تصبی کے

ہمراہ قزمیت بھی پائی جائے ، لیکن یہ ممکن ہے کہ طفلانہ شکل باقی رہ جائے، تنظم میں تاخیر ہو اور تناسلی نمو نہ ہو ۔ بچہ کی ذہنی ترقی میں کسی تاخیہ کا ہونا ضروری نہیں ۔ تصلبی مختلف مزمن سرایتوں اور دوسرے سمی اسباب، جیسے کہ آتشک، تدرن، پیلاگرا (pellagra)، حمی قرمزیہ، مزمن اسہال، نبقراسی قلت اور بعض غیر نامیاتی سموم، جیسے کہ سیسہ (lead) اور پارہ سے ثانوی طور پر واقع ہو سکتی ہے ۔ بچوں میں مزمن زمنکی التہاب گردہ کے ساتھ تصلبی پائی جا سکتی ہے ۔ ایک دوسرے گروہ میں وہ اسباب تیس شامل ہیں جو دروں افرازی اعضاء کے مرض، جیسے کہ قمائ (cretinism) علامیہ فیرلک (Frohlich's syndrome)، نخامی ناتمامی (pituitary ateleiosis)، تشیخ (progeria) اور ذیابیطس ملیخ کے سبب سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ تصلبی کی دوسری مثالیں وہ تاخیرات نمو ہیں جو عدم نمو غضروف (achondroplasia)، عضلی ذبول، صلابت الجلد (scleroderma)، قلبی اور عروقی ضررات کوچک سری (microcephaly)، استسقاء الدماغ (hydrocephalus)، ابلہی (amentia)، بیش پروردی کبہت جگر (hypertrophic cirrhosis of the liver)، کلاں طحالی کبہت (splenomegalic cirrhosis)، اور بعض دوسرے فتورات کے ساتھ پائی جاتی ہیں ۔ آخر میں، صنفی قسم کی ناتمامی ہے جو مجہول المبدا ہے اور پہلے بیان کی ہوئی نخامی قسم سے اس امر میں اختلاف رکھتی ہے کہ بالآخر غی اعضا پختگی حاصل کر لیتے ہیں، بربالے ماتمم ہو جاتے ہیں، اور وہ فرد بعض خصوص میں ایک بچہ ہوتا ہے، اور دوسرے خصوص میں چھوٹے پیمانہ پر ایک مرد یا عورت ۔

حوالہ جات

REFERENCES

1 T. W. Adams and E. P. Poulton .. 1935 *Guy's Hosp, Rep*

2 E. W. Ainley Walker 1916 *Proc. Roy. Soc.*, B. 89, p. 157.

3 E. P. Poulton . 1917 *Guy's Hosp. Gaz.*, N. S. 31, p. 50.

4	E. Dubois (Basal Metabolism in Health and Disease)	1924	Lea & Febiger, New York,
5	R. D. Lawrence	1924	*Brit. Med Journ.*, i, p. 516.
6	J. H. Burn and H H. Dale ..	1924	*Journ. Physiol*, 59, p 164.
7	J. J. R. Macleod	1924	*Brit. Med Journ*, i, p. 45.
8	E. P. Poulton (Goulstonian Lectures)	1918	*Lancet*, June 22.
9	Burgess, Campbell, Osman, Payne and Poulton	1923	*Lancet*, ii, p. 777
10	C. von Noorden (Pathologie d. Stoffwechsels)	1906	Berlin, i., p 207.
11	R T. Williamson (Diseases of the Spinal Cord)	1911	p 371.
12	E. P Poulton	1924	*Brit. Med. Journ*, i., p. 261.
13	W W. Payne and E. P. Poulton	1925	*Lancet*, ii., p. 638.
14	W. W Payne	1924	*Guy's Hosp. Rep.*, p. 308.
15	W. Cramer (Fever, etc, and the Thyroid-adrenal Apparatus)	1928	London.
16	J. M. H. Campbell	1927	*Journ of Hygiene*, 26, p 1.
17	Adams and Crossley	1923	*Lancet*, ii., p 501.
18	G. R. Murray	1922	*Brit. Med Journ.*, ii, p. 908.
19	H. Curschmann	1922	*Klin. Wochenschrift*, June 24, p. 1296.
20	J. S. Goodall and L. Rogers .	1927	*Lancet*, i., p. 486.
21	D. Hunter	1930-31	*Quart, J. Med.*, 24, p. 393.
22	F. R. Fraser ..	1925	*Brit. Med. Journ*, i, p. 1.
23	R. D. Lawrence	1924	*Brit. Med. Journ.*, ii, p. 753.

E G B Calvert 1924 *Brit. Med. Journ.*, ii, p 834.

24 Review on Biochemistry of Blood 1922 *Med. Sci.*, 6, p. 474.

25 S Graham and G. H. Anderson 1924 *Quart. Journ Med*, 18, p. 62.

26 J. Argyll Campbell 1926 *Lancet*, i, p 72

27 D. Gyorgi (Communication) 1929 Assocn. Physicians Cambridge.

28 F. W. Mott and I E Hutton 1923 *Brit. Med. Journ.*, ii p 95

29 P. M. Statistics, London Hospital

31 A W. M Ellis 1924 *Lancet*, i., p. 1200.

32 Tucker 1922 *Brit. Med Journ.*, i, "*Epitome*," p 25

33 I Greenwald 1922 *J. Biol. Chem*, 54, p. 285

34 G Graham 1917 *Quart. Journ Med.*, 10, p 245.

35 F Dickens, Dodds, and Wright 1925 *Bioch Journ*, 19, p. 853

36 R A. McCance and R D. Lawrence 1929 Med. Res. Council, Report on Carbohydrate Contents of Food.

W O. Atwater and A P Bryant 1906 Washington. The Chemical Composition of American Food Materials.

37 H. G. Close 1934 *Lancet*, i., p. 732.

38 A. Walton 1929 *Eugenics Rev.*, 20, p. 253

39 W. W. Payne and E. P. Poulton 1928 *Guy's Hosp. Rep.*

40 E. M Anderson and J B. Collip 1934 *Lancet*, i., p. 784

41 I Snapper .. 1928 *Proc Roy. Soc. Med.*, 21, p. 1771

42 C. Kaufmann 1934 *Proc. Roc. Soc. Med*, 27, p. 849

43 E C. Dodds (Goulstonian Lectures) 1934 *Lancet*, i., pp. 931, 988, 1048.

44 P. M. F. Bishop 1933 *Guy's Hosp Rep.*, 83, p. 308.

45 A. W. Spence and E. F. Scowen (Communicated) 1934 Therap. Section, *Roy. Soc. Med.*
46 E. P. Poulton and E. C. Warner 1931 *Proc. Roy. Soc. Med.*, Oct. 13, p. 347.
47 R. McCarrison 1933 *Brit. Med. Journ.*, ii, p. 671.
48 C. R. Harington 1933 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 26, p. 870.
49 F. R. Fraser 1931 *Brit. Med. Journ.*, i, p. 739.
50 E. P. Poulton and W. L. Watt 1934 *Lancet*, ii., p. 535.
51 A. B. Anderson, C. R. Harington & D. M. Lyon 1933 *Lancet*, ii., p. 1081.
52 H. M. Turnbull and M. Young 1931 *Journ. Path. Bact.*, 34, p. 213.
53 W. Hartston 1933 *Lancet*, ii., p. 1416
54 E. P. Poulton 1936 Diet Tables and Recipes and the Treatment of Diabetes and Obesity

ضمیمہ

مرض گلائکوجن (وان گرک: Von Gierke کا گلائکوجن آفرین کبیر الکبد۔ hepato-megalia glycogenica) ۔ بچوں کے اس مرض میں جو کہ اکثر پیدائشی ہوتا ہے جگر کی اور بعض اوقات گردوں کی کلانی واقع ہوتی ہے، اور ان اعضا اور دوسرے اعضا میں گلائکوجن کے ذخیرے کی زیادتی، ایک بڑی خصوصیت ہوتی ہے۔ تیصبی اور فربہی کی طرف رُجحان ہوتا ہے۔ فاقہ کشی میں دموی شکر پست ہوتی ہے، اور دموی شکر یا برداشت کے منحنی میں سقوط دیر سے ہوتا ہے۔ ایڈرینالین کا اشراب کرنے کے بعد دموی شکر مرتفع نہیں ہوتی۔ دموی گلائکوجن اور کولسٹرال بلند ہوتے ہیں اور ایسیٹون بولیت موجود ہوتی ہے۔

R. W. B. Ellis & W. W. Payne 1936 *Quart. J. Med.*, N. S. 5, p. 31

صحت نامہ

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۱۲	۱۵	inspiration	fluid vein
۱۴	۹	تنفس	خریر
۸۲	۲۰	خون زاد	خون برداشتہ
۹۴	۱۱	مسغد	مسند
۹۵	۲	دیئے	دیئی
۱۰۰	۸	سحیبا	عنبیہ
″	″	(streptococcus-	(staphylococcus-
۱۲۵	۱۵	کہہ	کر
۱۸۱	۴	(HYDSOTHORAX)	(HYDROTHORAX)
۱۸۹	۱۸	پولٹسیں	پولٹسوں
۱۹۹	۲۳	بکعوم	بلعوم
۲۲۴	۸	مورثی	موروثی
۲۲۵	۶	حنجرہ	قصبہ
۲۶۵	۱۱	اسقدر ہوگا	اسقدر کم ہوگا
۲۶۶	۴	بایاں	دایاں

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۲۶۶	۹	باہر	اوپر
۲۸۴	۵	کے ساتھ	کے مرض کے ساتھ
۲۸۹	۱۰	قائم ہوکر	رفع ہوکر
۲۹۲	شکل ۲۵ سطر ۴	(م۔ک)	(م۔ا)
"	۶	قلب نگار	قلب نگارش
۲۹۳	شکل ۲۸ سطر ۲	(م۔ک)	(م۔ا)
۲۹۴	شکل ۲۹ سطر ۱	(م۔ک)	(م۔ل)
۳۴۸	۱۹	مریض	مرض
۳۷۳	۱۲	دائیں	بائیں
۳۷۶	۲۵	دباتی نبض	رشحی نبض
۴۰۵	۱۸	ہوتا	ہوتا ہے
۴۱۱	۲۰	اپنے اپنے	اپنے
۴۲۰	۲۲	اَمَاراب	امارات
۴۳۷	۱۱	پیری ہیں	پیری میں
۴۳۹	۴	اس قت	اس وقت
۴۴۱	۲۵	کھلائی	دکھلائی
۴۶۵	۱۳	دائیں	بائیں
۴۷۷	۲	شُرب	ثرب
۴۸۷	۱۱	سخی	صحی
۴۹۱	۱۷	انبوبہ اس	انبوبہ کے اس
۴۹۶	۱	جلہ	جگہ
۴۹۸	۱۹	تخلی	تخلی
۵۱۲	۲۴	عفوی ضرت	عضوی ضرات

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۵۲۱	۱	دائیں	بائیں
۵۴۹	۴	(gastro-duodenal & duodenal)	(gastro-jejunal & jejunal)
۶۳۴	۲۲	قئے کرنے	بیمار ہونے
۶۴۱	۲۱	غذا غیر معمولی	غذا کی غیر معمولی
۶۴۹	۲	بروسیائی	پروسیائی
۶۷۲	۱۲	بائیں	دائیں
۶۷۵	۱۰	بائیں	دائیں
۷۰۲	۱	کیونکہ عملیہ سے اوّلی	کیونکہ اوّلی
۷۳۸	۸	بے ترشہ عدم دمویت	بے صفرا بولی یرقان
۷۷۲	۱۷	نورن	ثوران
۷۸۴	۲۱	است	راست
۸۲۴	۱	امیدافزا	اغلب
۸۵۱	۱۷	مقدم نخاعی قلت	مقدم نخاعی قلت
۸۶۱	۱۹	ارادی دور	ارادی طور
۸۶۳	۱۱	۲۰	۲

اشاریہ

عمل طب جلد دوم